Nr. 26. 27. czerwca 1926 Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Witold LIPINSKI. Kraków.

Zastąpienie świeżego dopełniacza świnki morskiej dopełniaczem stałym, wysuszonym podług Strauba i jego wartość w odczynie Wassermanna.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej Uniw. Jagiell. w Krakowie. Dyrektor: Prof. Dr. Julian Nowak.

W ostatnim czasie pojawiła się praca Koenigsfelda, wskazująca na nowy sposób konserwacji dopełniacza świnki morskiej. Metoda ta, opierając się na badaniach Strauba, umożliwia w krótkim czasie wysuszenie dowolnej ilości świeżego dopełniacza świnki morskiej przy pomocy specjalnego aparatu.

Koenigsfeld, miareczkując równocześnie dopełniacz wysuszony i świeży, znalazł, że miano jego odpowiada sile dopełniacza świeżego, przyczem dopełniacz suchy, może być, przy zachowaniu pewnych środków ostrożności, przechowywany bez szkody dla siebie czas dłuższy.

Schmitz był pierwszym, który wykazał na szeregu surowic jego wartość praktyczną w odczynie Wassermanna.

Ponieważ poza pracą Schmitza nie znalazłem w piśmiennictwie żadnej wzmianki o nim, a dopełniacz wysuszony, wydawał mi się, ze względów, o których omówimy poniżej, nabytkiem cennym, uważałem za stosowne sprawdzić jego wartość w odczynie Wassermanna i w tym celu wykonałem moje doświadczenia.

Dopełniacz wysuszony świnki morskiej, dostarczany przez Instytut farmaceutyczny Gansa, Oberursel i T., przedstawia się jako drobne blaszki, barwy blado żółtawej, a przesyłany bywa w ampułkach zatopionych, w dawkach: 0.5, 0.25 i 0.1 gr. Ampułki należy trzymać zdala od światła i wilgoci, najlepiej w ciepłocie niskiej. Zawartość ampułki, otwartej, należy zużyć za jednym razem lub przechowywać resztę w exsikatorze, nad stężonym kwasem siarkowym.

Ponieważ każda serja dopełniacza, oznaczona odpowiednią liczbą, odpowiada zmieszanej i wysuszonej surowicy 50—100 świnek morskich, uzyskujemy przeto ujednostajnienie siły dopełnia, cza, co nie pozostaje bez dodatniego wpływu na odczyn Wassermanna.

Sposób użycia jest niezmiernie łatwy i prosty. Odpowiednią ilość dopełniacza wysuszonego zadaje się 9-krotną ilością wody destylowanej. Po kilku minutach pęcznienia otrzymujemy płyn przejrzysty, podobny z wyglądu do surowicy świnki morskiej. Płyn ten odpowiada pod względem siły świeżemu dopełniaczowi. 10% rozcieńczenie uzyskujemy przy pomocy fizjologicznego roztworu soli kuchennej.

Celem zbadania wartości dopełniacza wysuszonego wykonałem odczyn Wassermanna z 222 surowicami, i to zarówno w stanie czynnym, jak z nieczynnionemi.

Wykonałem zatem 444 odczynów Wassermanna. Dla kontroli wykonałem równocześnie odczyn Wassermanna z temi samemi surowicami, używając świeżego dopełniacza świnki morskiej. Dopełniacz świeży otrzymywałem, pobierając na godzinę przed wykonaniem odczynu krew ze świnki morskiej przez punkcję serca. Wszystkie odczynniki, używane do odczynu Wassermanna, były poza tem te same. Posługiwałem się oryginalną techniką Wassermanna z tą odmianą, że ogólna ilość płynu wynosiła nie 2.5 cm.³ a 1. cm.³ Wyniki odczynu odczytywałem po godzinie od chwili shemolizowania kontrol, w przypadkach wątpliwych, oprócz tego, po kilkunastu godzinach trzymania w ciepłocie pokojowej.

Równoczesne miareczkowanie świeżego dopełniacza świnki morskiej i dopełniacza wysuszonego wykonałem 12 razy. Wykazało ono, że siła dopełniacza wysuszonego odpowiada na ogół sile dopełniacza świeżego. Na 12 miareczkowań dopełniaczy, w przypadkach 8 dopełniacz wysuszony był nieznacznie silniejszy, 3 razy o równej sile, raz. nieco słabszy od świeżego dopełniacza. Dopełniacz świeży rozcieńczony tracił znacznie na sile po 24 godzinach, stając się w porównaniu z dopełniaczem wysuszonym rozcieńczonym 3—5 razy słabszy. Dopełniacz wysuszony rozcieńczony, trzymany w ciepłocie lodowni, mógł być użyty do 24 godzin. Po kilku dniach stawał się bezużyteczny.

Załączone tablice wykazują wyniki badań. Ze względów technicznych podajemy jedynie wyniki rozbieżne.

L. prot.	Rozpoznanie kliniczne	Odczyn Wassermana z dopełniaczem świeżym		Odczyn W. z dopełn. wysuszonym	
		Surowica czynna	Surowica nieczynna	Sur. czynna	Sur. nieczyn.
2111	Luës II.	4	wątpliwy	4	0
2112	Połóg Foetus maceratus	wątpliwy	0	2	0
2141	L. l. leczona	0	0	3	0
2143	Połóg płód martwy	0	0	2	0
2195	L. latens	0	0	2	0
2198	Observatio	wątpliwy	0	0	0
2204	Ca. cerv. lues	3	wątpliwy	3	0
2212	Ca. cerv.	2	wątpliwy	0	0
2216	L. 3 leczona	2	wątpliwy	0	0
2220	Observatio	wątpliwy	wątpliwy	0	0
2259	L. latens	4	wątpliwy	4	4
2264	L. 2 leczona	wątpliwy	0	0	0
2350	L. peracta	wątpliwy	0	0	0
2354	„ „	wątpliwy	wątpliwy	0	0
2355	„ „	wątpliwy	wątpliwy	0	0
2376	L. latens	wątpliwy	3	3	3
2377	„ „	0	0	2	2
2378	„ „	0	1	2	2
2462	L 2 leczona	4	3	1	1
2467	Observatio lues ujemna	3	0	0	0
2473	L 3 po leczoniu	2	1	0	0
2553	Połóg	2	0	0	0
2569	Nyom. uteri	wątpliwy	0	1	0

Pomijając przypadki, gdzie różnica nasilenia odczynów była nieznaczna, nie wpływając zasadniczo na wynik analizy, otrzymano na 444 odczynów Wassermanna — wyników niezgodnych z surowicą 24, co stanowi 10.8%.

Rozpatrując wyniki niezgodne, stwierdzamy co następuje:

1. Przy wątpliwym wyniku odczynu Wassermanna z dopełniaczem świeżym otrzymano wynik ujemny z dopełniaczem wysuszonym 6 razy. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Lues peracta* 5 przypadków, *Lues secundaria* po ukończonem leczeniu 1.

2. Przy ujemnym wyniku odczynu Wassermanna z dopełniaczem świeżym otrzymano wynik wątpliwy z dopełniaczem wysuszonym 5 razy, we wszystkich 5 przypadkach z surowicą krwi pępowinowej. Anamnestycznie danych co do kiły nie było.

Wyników niezgodnych z surowicą unieczynnioną stwierdzono 7, co stanowi 3.1%.

Wątpliwy wynik odczynu z dopełniaczem świeżym przy zupełnie ujemnym wyniku z dopełniaczem wysuszonym otrzymano 6 razy, a to: przy *Lues latens* 3 razy, przy *Lues 3* po ukończonem leczeniu 1 raz, przy *carcinoma cervicis uteri* 2 razy.

W jednym przypadku (połóg, *lues latens*) otrzymano wątpliwy wynik z dopełniaczem świeżym przy wybitnem zahamowaniu z dopełniaczem wysuszonym. W przypadku tym surowica czynna dała wynik wybitnie dodatni tak z dopełniaczem świeżym, jak i wysuszonym. Odczyn zmętnienia Meinickiego był wybitnie dodatni.

Wyników rozbieżnych (ujemny odczyn Wassermanna z dopełniaczem świeżym — dodatni z dopełniaczem wysuszonym) znaleziono przy surowicy czynnej 5, a to przy *Lues latens* 3 razy, przy *Lues primaria* po leczeniu 1 raz, (płód zmacerowany) 1 raz. Nie otrzymaliśmy zatem ani razu nieswoistego wyniku dodatniego przy użyciu dopełniacza wysuszonego.

Ujemny odczyn Wassermanna z dopełniaczem świeżym, a dodatni z dopełniaczem wysuszonym otrzymano przy surowicy unieczynnionej 1 raz, a to w przypadku *Lues latens*.

Dodatni odczyn wyniku Wassermanna z dopełniaczem świeżym przy zupełnie ujemnym z dopełniaczem wysuszonym otrzymano 2 razy. W obu przypadkach rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Lues tertiaria* po ukończonem leczeniu. Nie mieliśmy zatem ani jednego wyniku, któryby nie dał się usprawiedliwić dopiero co ukończonem leczeniem.

Na podstawie wyników naszych badań stwierdzamy zatem: Dopełniacz wysuszony podług Strauba stanowi cenny nabytek dla serologa. Przygotowanie odpowiedniej ilości dopełniacza jest łatwe i wymaga znacznie mniej czasu i trudu niż przygotowanie świeżego dopełniacza świnki morskiej. Dopełniacz wysuszony, uzyskany z większej ilości świnek morskich (50—100) jest w działaniu stalszy. Unikamy w ten sposób wahania siły dopełniacza świeżego, zwłaszcza pod wpływem schorzenia świnek, które niejednokrotnie dają się odczuwać w przykry sposób przy odczynie Wassermanna. Użycie dopełniacza wysuszonego wydaje mi się z punktu widzenia ekonomicznego, racjonalnem, odpadają bowiem w ten sposób koszta żywienia zwierząt, a zwłaszcza straty w zwierzętach wskutek epizoocji, niejednokrotnie występujących nawet w najbardziej wzorowo prowadzonych instytutach.

Piśmiennictwo.

1) M. Koenigsfeld: Archiv f. exp. Path. u. Pharmak. Bd. 99. S. 162. — 2) E. F. Schmitz: Centralblatt f. Bakteriologie. Orig. B. 94. H. 3/4 S. 177.

Dr. Marja DEMIANOWSKA, asystent. Lwów.

Zmiany w płynie mózgo-rdzeniowym w nagminnem zapaleniu mózgu i w stanach następowych.

Z kliniki neurologicznej U. J. K. we Lwowie.

Badania płynu mózgo-rdzeniowego przy nagminnem zapaleniu mózgu i w stanach następowych dawały początkowo wyniki zmienne, w znacznym procencie przypadków ujemne, prawdopodobnie z powodu małego materjału i różnorodności stosowanych metod. W miarę wzrostu materjału i zastosowania równoczesnego szeregu metod ujednostajniały się wyniki coraz bardziej tak, że obecnie można już mówić o pewnym specjalnym obrazie płynu mózgo-rdzeniowego w nagminnem zapaleniu mózgu. (Dulière 1), Kraus-Parde 2), Barré-Reys 3), Kayser-Petersen 4), Ayer-Cockwill 5), Pejn 6), Manson 7) Holst 8), Hartmann 9) i inni).

Wszyscy prawie badacze znachodzili płyn o barwie wodojasnej, normalnem lub nieznacznie wzmożonem ciśnieniu, wyjątkowo tylko wspominają niektórzy o ksantochromicznem zabarwieniu obserwowanem w poszczególnych przypadkach. (Mayer 10), Kraus-Parde 2), Riley 11), Trömner 12), Lorenz 13) obserwował na 25 badań 6 razy płyn krwawo ksantochromiczny przy miernie zwiększonej ilości komórek i białka.

Najbardziej zgodne są wyniki, dotyczące elementów komórkowych i białka; tu prawie jednomyślnie stwierdzają autorowie nieznaczne wzmożenie globulin i słabą lub mierną limfocytozę, wyjątkowo tylko ponad 100 ciałek w 1 cm. (Dulière 1), Ayer 3), Eskuchen 14); ilość komórek i białka przytem nie pozostaje ze sobą w stałym stosunku zależności.

Niekiedy spostrzegano stosunek odwrotny między ilością białka a ilością ciałek, aniżeli przy zespole uciskowym, a mianowicie pleocytozę przy niezwiększonem lub tylko nieznacznie wzmożonem białku. (Dulière, Benard 15); Benard uważa powyższy objaw za typowy dla nagminnego zapalenia mózgu.

W znacznym odsetku przypadków nie wykazano wzrostu białka i elementów komórkowych ponad normę, względnie stwierdzono bardzo nieznaczne wahania, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych pozapalnych. (Mayer, Kilduffe 16), Hohmann 17), Novoa-Santos 18), Zuccari 19).

Zawartość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym stanowiła przedmiot badań szeregu autorów, od samego początku epidemii, bądźto wyłącznie lub też w związku z uwzględnieniem pleocytozy i ilości białka. (Forster 20), Eskuchen, Coockson 21), Thalhimer 22), Wittgenstein 23), Wilcox 24), Schonfelder 25), Barré-Reys, Ravenna-Ferruccio 26), Coopein, Ayer, Cockwill). To szczególne zainteresowanie jest wynikiem prawie stale wzmożonej ilości cukru w płynie mózgo-rdzeniowym i związaną z tem wartością tego badania dla rozpoznania różniczkowego między nagminnem zapaleniem mózgu a innemi schorzeniami środkowego układu nerwowego a zwłaszcza gruźliczem zapaleniem opon, w którem cukier jest stale o wartościach niższych od normy. Wzmożenie cukru stwierdzali autorowie w około 90% przypadków nagminnego zapalenia mózgu (Eskuchen 82%, Foster 91%, Ayer i Cockwill 91%, Coopein 82%). Za przyczynę tego stanu uważają niektórzy schorzenie odpowiednich okolic mózgu, inni znów łatwiejsze przejście cukru z krwi do płynu mózgowo-rdzeniowego skutkiem zwiększonej przepuszczalności splotu naczyniowego. (Kraus, Schonfelder).

Do ostatecznego ustalenia obrazu zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym w nagminnem zapaleniu mózgu i stanach następowych przyczyniła się w znacznej mierze reakcja ze złotem koloidowem. Odbarwienie znachodzili wszyscy autorowie w wielkich i średnich zagęszczeniach płynu t. j. w lewym szeregu próbówek, różne natomiast wyniki są w ocenie stopnia odbarwienia; niekiedy obserwowano silne zmiany w barwie (Kraus, Parde, Weigeldt 27), aż do niebiesko-białej a nawet białej t. j. 4 do 5 stopni, w innych natomiast przypadkach odbarwienie sięgało tylko 1 do 2 stopni.

Reakcja Wassermanna, tak we krwi jak i w płynie, jest z reguły ujemna, spotyka się jednak wyjątkowo zapodania o przejściowo dodatnim odczynie Wassermanna w płynie (Economo 28), Weigeldt, Löwy-Brand-Mras 29).

Poniżej podajemy wyniki badań płynów przeprowadzone w naszej pracowni w 10 przypadkach ostrego zapalenia nagminnego mózgu i w 8 chronicznych pod formą parkinsonizmu. W ostrych przypadkach pierwsze badania płynu mózgo-rdzeniowego przypadają na czas między 8 a 14 dniem choroby, 3 razy między 5 a 9 tygodniem; w 3 przypadkach przeprowadzono badanie płynu mózgo-rdzeniowego dwukrotnie, a raz czterokrotnie. Tablice I i II.

Tablica I.

przypadki w okresie ostrym.

Nr. 1. R. H. l. 17. Początkowo niepokój psychomotoryczny, niezorjentowana, przejściowe ruchy pląsawicze, bole głowy, upośledzona reakcja na światło akkomodację i konwergencję, oczopląs, obustronne opadnięcie powiek. Po prawej stronie gorsze nerwy: odwodzący twarzowy i podniebienny, przemijająco nieznaczna sztywność karku, ciepłota zmienna czasami ponad 39 stopni; brak objawów piramidowych. Podczas obserwacji klinicznej zupełna poprawa.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
9. dzień chor.	wzm.	wod. jas.	420/3	0	+	+	—	122221000
14. dzień chor.	„	„	185/3	8/3	+	+	—	112110000

Nr. 2. F. M. l. 48. Początkowo bezsenność następnie śpiączka, podwójne widzenie, drżenie gałek ocznych, lekkie zaburzenia psychiczne, ciepłota ponad 37°.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.*)
2. dzień chor.	wzm.	wod. jas.	304/3	0	+	+	+	1110000
10. tydz.	„	„	39/3	0	+	+	—	11110000

Nr. 3. K. Z. l. 17. Bole w kończynach, śpiączka, sztywność źrenic, niedowład mięśni ocznych, obustronny niedowład nerwu twarzowego, zbaczanie języka, sztywność mimiki, *flexibilitas cerea* bez wzmożonych napięć mięśniowych, drżenie gałek ocznych, brak objawów piramidowych. Przebieg chwiejny z pogorszeniami (trzecia punkcja) i czasowemi poprawami (druga i czwarta punkcja).

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
3. tydz. chor.	wzm.	wod. jas.	42/3	0	++	+	—	12100000
5. tydz.	nieco wzm.	„	16/3	0	++	+	—	011110000
8. tydz.	„	„	21/3	0	+	+	—	555432000
10. tydz	„	„	8/3	0	++	+	—	444321000

Nr. 4. G. A. l. 17. Od początku wybitny parkinsonizm, niedowład akomodacji i konwergencji, nieco upośledzone spojrzenie na lewo, ciepłota około 37,3 wśród obserwacji klinicznej daleko idąca poprawa.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
14. dzień chor.	norm.	wod. jas.	47/3	0	+	+—	—	111000000
5 tydz.	„	„	13/3	0	±	—	—	110000000

Nr. 5. B. G. 1777. Śpiączka, niezorjentowany, parkinsonizm zaznaczony, ciepłota około 38° zupełna poprawa podczas pobytu na klinice.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol
10. dzień chor.	norm.	wod. jas.	7/3	0	±	+	—	112110000

Nr. 6. K. l. 17. Senność, wyraźny parkinsonizm z przewagą po stronie prawej, po lewej przejściowo Babiński, sztywność źrenic, niedowład mięśni ocznych. Nerw twarzowy i podniebienie po prawej paretyczne. Ciepłota początkowo około 38° następnie nieco powyżej 37°.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
8 dzień chor.	norm.	wod. jas.	22/3	0	+	+—	—	111010000

Nr. 7. Ł. l. 19. Wybitna senność, od początku parkinsonizm, ciepłota do 38,2°. Podczas obserwacji daleko idąca poprawa.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
14. dzień chor.	norm.	wod. jas.	27/3	0	+	+—	—	211000000

Nr. 8. F. l. 30. Bezsenność, bole głowy. Źrenica lewa szersza od prawej, lewa szpara powiekowa węższa od prawej, upośledzona akomodacja i konwergencja, ciepłota do 37,8°. Ciągłe skargi neurasteniczne, przygnębienie.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
5. tydz. chor.	norm.	wod. jas.	34/3	0	+	±	—	111110000

Nr. 9. D. l. 37. Początkowo 5 dni bezsenność następnie śpiączka, podwójne widzenie, ptoza, brak konwergencji, niedowłady mięśni ocznych, myokloniczne drzenia mięśni warg, zaznaczona sztywność mimiki i ruchów, ogólne wyczerpanie.

Nakłucie	Ciśn	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
3. mies. chor.	norm.	wod. jas.	12/3	0	+	+	—	222000000

Nr. 10. P. l. 32. Bole głowy, przez 5 tygodni bezsenność. ociężałość, nierówność źrenic przy zachowanej reakcji na światło, upośledzona akomodacja i konwergencja, lekkie opadnięcie powiek.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
8 tydz. chor.	norm.	wod. jas.	18/3	0	++	+	—	111100000

Tablica II.

Przypadki w okresie chronicznym.

Nr. 11. F. G. l. 20. W r. 1920 śpiączka, następnie przez rok w dzień senny, w nocy bezsenność, ślinotok, od wiosny 1923 drżenie kończyn i postępująca sztywność.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
5 lat	norm.	wod. jas.	5/3	0	+	+—	—	022211000
„	„	„	6/3	0	+	+—	—	01222000

Nr. 12. K. S. l. 18. Przed 6 laty ostra sprawa chorobowa z utratą przytomności i wysoką ciepłotą poczem w ciągu roku zaczęły się rozwijać drżenia i sztywność mięśni. Od 2 lat bardzo ciężki stan akinetyczny.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
6 lat	norm.	wod. jas.	1/3	0	+	+—	—	011000000

Nr. 13. B. M. l. 25. W r. 1919 śpiączka z bolami w kończynach bezpośrednio po okresie ostrym zaczęła się rozwijać postępująca sztywność mięśni. Obecnie stan cieżkiej akinezy.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
6 lat	norm.	wod. jas.	5/3	0	±	—	—	001121000

Nr. 14. D. G. l. 20. W r. 1918 przez 2 tygodnie śpiączka. Pierwsze objawy sztywności w półtora roku po ostrym okresie. Obecnie Parkinsonizm o miernem nasileniu.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
7 lat	nieco wzm.	wod jas.	2/3	0	+	+—	—	122221000

Nr. 15. Cz. M. l. 32. W roku 1920 śpiączka, od początku rozwinęły się powoli objawy akinetyczne. Stan ciężki.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
5 lat	norm.	wod. jas.	1/3	0	—	—	—	000000000

Nr. 16. W. l. 25. W r. 1918 śpiączka następnie zdrów do r. 1923 w którym to czasie wystąpiły prawostronne objawy parkinsonowskie.

---

*) L = limfocyty, Lk = leukocyty, P = Pandy, NA = Nonne-Appelt, W = Wassermann. — Poszczególne liczby oznaczają stopień odbarwienia: 0 czerwon. — 1 czerw. fioł. — 2 fiołk. — 3 niebiesk. — 4 biało-nieb. — 5 biał. Kolejność liczb odpowiada kolejności probówek i rozcieńczeń płynu idąc od strony lewej ku prawej t. j. od rozczeńczenia 1/10 do 1/10.000, przyczem rozcieńczenie w każdej następnej probówce jest 2 razy większe od poprzedniej.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
7 lat	norm.	wod. jas.	3/3	0	+	—	—	111210000

Nr. 17. M. S. l. 52. W r. 1919 śpiączka. Od r. 1921 drżenia i sztywność początkowo po stronie lewej następnie także po prawej. Parkinsonizm o miernem nasileniu.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
6 lat	norm.	wod. jas.	2/3	0	+—	+—	—	001100000

Nr. 18. S. S. l. 30. W r. 1922 śpiączka przez 6 tygodni bezpośrednio potem rozwinął się parkinsonizm z drżeniami, przeważnie prawostronny. Stan bardzo ciężki.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
3 lata	norm.	wod. jas.	9/3	0	+—	±—	—	011½00000

Nr. 19. F. Z. l. 29. W 1923 śpiączka przez 6 tygodni, bezpośrednio po której rozwinął się ciężki parkinsonizm z drżeniami.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
w 2 lata	wzm.	wod. jas.	0/3	0	—	—	—	000000000

Nr. 20. T. W. l. 25. Z początkiem 1923 lekka śpiączka. W tym samym roku pierwsze objawy akinetyczne z przewagą prawostronną. Obecnie stan o dość znacznem nasileniu.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
2 lata	norm.	wod. jas.	3/3	0	+	+—	—	000000000

Nr. 21. W. S. l. 38. W r. 1918 przez 6 tygodni śpiączka. Od r. 1922 ciężki parkinsonizm z drżeniami.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
w 7 lat	wzm.	wod. jas	6/3	0	±	+—	—	000000000

Nr. 22. Ł. l. 24. Śpiączka w r. 1920. Od 2 lat objawy miernego parkinsonizmu z przewagą lewostronną.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
w 5 lat	norm.	wod. jas.	4/3	0	—	—	—	000000000

Nr. 23. F. M. l. 37. Od półtora roku bezpośrednio po śpiączce drżenia i miernego stopnia akineza z przewagą napięć mięśniowych po stronie prawej.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
1½ roku	norm.	wod. jas.	5/3	0	+—	+—	—	000000000

Nr. 24. B. P. l. 35. Z końcem r. 1924 śpiączka bezpośrednio po której rozwinęły się objawy parkinsonowskie miernego stopnia z drżeniami.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
w 1 rok	norm.	wod. jas.	3/3	0	+	—	—	000000000

Nr. 25. R. S. l. 26. Bardzo ciężki parkinsonizm bez wiadomego początku.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
—	norm.	wod. jas.	3/3	0	±	—	—	00½½⅓0000

Nr. 26. S. S. l. 21. W r. 1918 śpiączka, przez 3 następne lata zdolny do pracy, utrzymywało się tylko stałe podwójne widzenie. Od 5 lat rozwinął się typowy obraz parkinsonizmu miernego stopnia z objawami psychotycznemi.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
w 7 lat	norm.	wod. jas.	29/3	0	+—	+	—	000000000

Nr. 27. N. l. 26. Przed rokiem ostry okres chorobowy po którym wystąpiły bezpośrednie objawy akinetyczne początkowo lewostronne następnie także po prawej z drżeniami.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
w 1 rok	norm.	wod. jas.	2/3	0	+	+—	—	½,½,½,½, 00000

Nr. 28. S. S. l. 23. Przed 3 laty śpiączka bezpośrednio potem objawy, miernego Parkinsonizmu.

Nakłucie	Ciśn.	Barwa	L	LK	P	N A	W	Goldsol.
w 3 lata	norm.	wod. jas.	11/3	0	—	+	—	000000000

Wygląd płynu stale wodojasny, zarówno w ostrych jak i chronicznych przypadkach.

Ciśnienie znaleźliśmy 6 razy wzmożone, zresztą prawidłowe lub nieznacznie podwyższone. Wzmożenie ciśnienia stwierdziliśmy w 3 najciężej przebiegających ostrych przypadkach, w których także ilość komórek była największa i w 3 przypadkach przewlekłych.

B i a ł k o stwierdzaliśmy stale nieznacznie wzmożone (odczyn Pandy'ego +, Nonne-Appelta + lub +—) dwa razy tylko wypadł odczyn Pandy'ego ++, raz w przypadku klinicznie ciężko przebiegającym (przyp. 3.) w którym 4-krotne nakłucia dawały zawsze takie same dodatnie reakcje na białko, drugi raz (przyp. 10) w przypadku ostrym wykazującym przewlekły przebieg choroby.

W znacznie słabszym stopniu, aniżeli w postaci ostrej, stwierdza się zwiększenie ilości białka przy przewlekłym parkinsonizmie. W 4 przypadkach obie próby białkowe nawet zupełnie ujemnie.

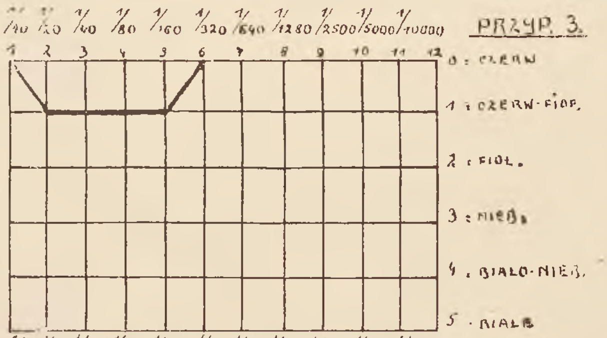
P r ó b y z e z ł o t e m k o l l o i d o w e m dają w przypadkach ostrych odbarwienie w sferze kiłowej a więc w rozcieńczeniach między 1/10 a 1/80 do 1/160. a nawet więcej do 1/320; jednak w przeciwstawieniu do spraw kiłowych odbarwienie nie jest tak wybitne i dochodzi tylko do barwy czerwono-fiołkowej i fjoletowej t. j. o 1—2 stopni.

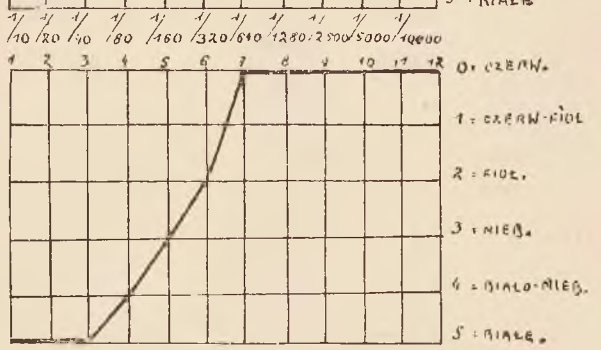
To odbarwienie, dotyczące 5—6 probówek, uważamy, na podstawie naszego doświadczenia, za charakterystyczne dla ostrego okresu nagminnego zapalenia mózgu. W jednym tylko przypadku, a mianowicie we wspomnianym wyżej trzecim przypadku, krzywa z chlorkiem złota wypadła przy trzeciem nakłuciu lędźwiowem odmiennie, a mianowicie dała zupełne odbarwienie w 3 pierwszych probówkach, w 4-ej odbarwienie do koloru biało-niebieskiego, w 5-tej do niebieskiego, w 6-tej do fjoletowego. Ten odmienny odczyn przypadł na okres znacznego pogorszenia się sprawy chorobowej. W 2 tygodnie później, kiedy się objawy kliniczne zaczęły poprawiać, krzywa ze złotem kolloidowem wypadła podobnie do krzywej przy trzeciem nakłuciu lędźwiowem, tylko odbarwienie w 3 pierwszych probówkach nie było zupełne, gdyż sięgało do koloru biało-niebieskiego, a więc do stopnia 4-go.

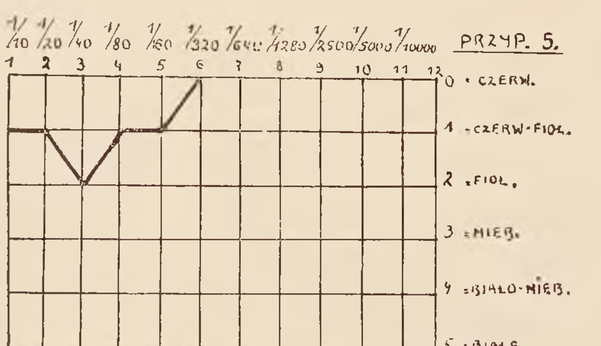
Przypadek ten jest w naszych obserwacjach odosobniony, tak że nie możemy z niego wysnuwać wniosku, że istnieje jakiś związek między stopniem odbarwienia przy reakcji kolloidowej a ciężkością stanu chorobowego, tembardziej, że w 2 innych równie ciężkich przypadkach (Nr. 1 i 2) krzywa kolloidowa wykazała zmiany typowe, t. j. odbarwienie o 1—2 stopni.

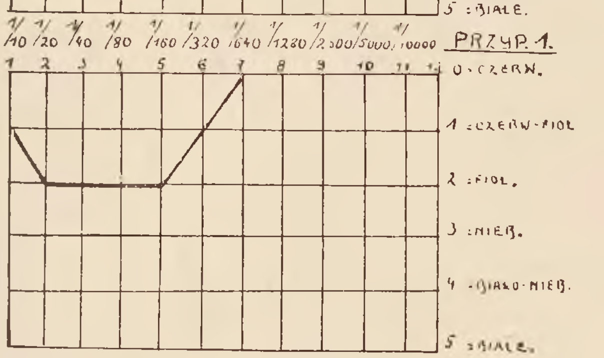
W obserwacjach zebranych w piśmiennictwie stwierdza się prócz słabych odbarwień naogół dość często także silniejsze odbarwienia aż do barwy niebieskiej, a nawet niebiesko-białej

i białej. (Kraus, Weigeldt). Różnice te w znacznej mierze są wynikiem rozmaitej czułości używanego w poszczególnych pracowniach roztworu złota kolloidowego i sposobu odczytywania. U nas używaliśmy stale stosunkowo mało czułego odczynnika tak, że odbarwienie o 1 stopień uważamy już za objaw chorobowy, gdyż nie stwierdziliśmy go nigdy w płynach normalnych, badanych dla celów kontrolnych.









Z płynów w stanach następowych po nagminnem zapaleniu mózgu 9 nie dało zupełnie odbarwienia ze złotem kolloidowem, przyczem nie dało się w obserwacjach tych wykazać związku między nasileniem lub czasem trwania stanu chorobowego a ujemnym wynikiem odczynu kolloidowego. Z tych 9-ciu ujemnych wyników 3 przypadały na ciężkie przypadki akinezy, 6 dotyczyło znacznie lżejszych form parkinsonizmu, 2 z tego były stosunkowo świeże ponieważ czas trwania choroby nie przekraczał roku, podczas gdy 5 innych przeszły ostrą sprawę przed 2—7 laty.

Ilość elementów komórkowych w ostrym okresie chorobowym jest stale wzmożona i to prawie wyłącznie na korzyść limfocytów: w jednym tylko przypadku (przyp. 1), stwierdziliśmy także leukocyty, a mianowicie 8/3 przy 185/3 limfocytach. W innych przypadkach ilości ciałek (limfocytów) wahały się między 12/3 a 47/3, najmniejsza ilość wynosiła 7/3 limf. (przyp. 5) a więc ilość ciałek niepowiększona. Chory ten punktowany był w 10-tym dniu choroby, próby białkowe wypadły: Pandy +, Nonne-Appelt +—, a krzywa kolloidowa 1 1 2 1 1 0 0 0.

W 2 przypadkach ostrych stwierdziliśmy ilość ciałek wybitnie podwyższoną, a mianowicie raz 420/3, drugi raz 304/3, oba te przypadki (Nr. 1 i 2) zwłaszcza pierwszy także pod względem klinicznym zasługiwały na uwagę. Przypadek pierwszy (Nr. 1) przebiegający bez śpiączki z zajęciem nerwów mózgowych (odwodzący, okoruchowy, twarzowy) przy braku objawów z dróg piramidowych, z przejściową wysoką temperaturą ponad 39 stop. z lekkiemi zaburzeniami świadomości i nieznaczną sztywnością karku, nasuwał możliwość gruźliczego zajęcia opon mózgowych. Nakłucie lędźwiowe, wykonane w 9-tym dniu choroby dało płyn wodojasny o miernie wzmożonem ciśnieniu, ilość limfocytów 420/3, Pandy +, Nonne-Appelt +, krzywa ze złotem kolloidowem 1 2 2 2 2 1 0 0 0. Mała ilość białka przy znacznej limfocytozie i krzywa ze złotem kolloidowem wykazująca odbarwienie tylko o 2 stopnie w lewym szeregu probówek, przemawiały za rozpoznaniem nagminnego zapalenia mózgu, a przeciw gruźliczemu zapaleniu opon, co też przez dalszy przebieg choroby zostało potwierdzone. Następne nakłucie lędźwiowe wykonane w 14-ym dniu choroby wykazało zmniejszenie się ilości elementów komórkowych na 185/3 limfocytów przy tych samych wartościach białka (Pandy +, Nonne-Appelt +). Krzywa ze złotem kolloidowem 1 1 2 1 1 0 0 0. Objawy chorobowe wycofały się zupełnie, tak, że po miesiącu chora opuściła klinikę*).

W 4 przypadkach, w których wykonano nakłucie lędźwiowe kilkakrotnie, stwierdziliśmy (przyp. 1, 2, 3, 4), że, w miarę poprawy stanu chorobowego, zmniejszała się także ilość elementów komórkowych, białko i krzywa ze złotem kolloidowem były w przypadkach 1, 2 i 4 niezmienione, natomiast w obserwacji 3-ciej zmiany dotyczyły także reakcji kolloidowej, a mianowicie: początkowo krzywa kolloidowa 0 1 1 1 1 0 0 0 zmieniła się podczas nagłego pogorszenia objawów klinicznych, gdyż wystąpiło zupełne odbarwienie w 3 pierwszych probówkach, a stopniowo słabsze w 3 następnych. Przy 4-tem nakłuciu lędźwiowem wystąpiła w odbarwieniu poprawa o 1 stopień.

Te cztery przypadki (Nr. 1, 2, 3, 4) wskazywałyby, że w okresie ostrym tylko ilość elementów komórkowych jest w związku z nasileniem sprawy chorobowej. Ilość tych obserwacyj jest jednak bezwzględnie za mała dla wyciągnięcia pewnych wniosków. Należy w przyszłości na ten szczegół zwrócić uwagę.

W przewlekłych zmianach następowych po nagminnem zapaleniu mózgu stwierdzaliśmy stale normalne ilości elementów komórkowych. Wyjątek stanowi tylko przypadek 26-ty w którym po 7 latach choroby znaleźliśmy 29/3 limfocytów przy ujemnej reakcji ze złotem kolloidowem i nieznacznie wzmożonem białku (Pandy+— Nonne-Appelt+).

Odczyn Wassermanna w płynie mózgo-rdzeniowym wypadł u jednego chorego w ostrym okresie (przyp. Nr. 2) w pierwszem nakłuciu dodatnio, w następnem ujemnie. We krwi był odczyn ten ujemny. Ani wywiady ani badanie kliniczne nienasuwały w obserwacji tej podejrzenia na istnienie sprawy kiłowej. Za nieswoistością tego odczynu przemawia fakt, że wystąpił on tylko przemijająco w płynie podczas jednego nakłucia, w następnem badaniu nie powtórzył się mimo, że chory nie przechodził żadnego leczenia, które mogło wpłynąć na reakcję Wassermanna. We krwi u wszystkich chorych był odczyn Wassermanna ujemny.

Z powyższego zestawienia wynika, że charakterystycznym dla nagminnego zapalenia mózgu w ostrym okresie jest płyn o barwie wodojasnej, ciśnieniu normalnem lub nieznacznie wzmożonem, mierna limfocytoza, nieznacznie wzmożone globuliny. Nierzadko stwierdza się dyssocjację odwrotną do zespołu uciskowego t. j. wzmożenie elementów komórkowych przy małych wartościach białka. Odbarwienie złota kolloidowego wypada w sferze luetycznej o 1—2 stopni i zajmuje 4,5 do 6-ciu probówek.

Każdy z tych objawów, osobno wzięty, nie przedstawia niczego charakterystycznego, dopiero w zespole wszystkich prób razem może mieć wartość rozpoznawczą.

W obrazie płynu nie stwierdza się stałego związku między poszczególnemi reakcjami tak, że nieraz stosunkowo wielkim ilościom ciałek odpowiada krzywa ze złotem kolloidowem o odbarwieniu słabszem, aniżeli w przypadkach, wskazujących mierną limfocytozę. Ilość białka naogół stale nieznacznie wzmożona niedaje równoległości z krzywą kolloidową i ilością elementów komórkowych. Obraz ten odróżnia płyn w nagminnem zapaleniu mózgu od zmian w innych schorzeniach środkowego układu nerwowego, gdzie zwykle istnieje stały związek między pleocytozą, ilością białka i reakcjami kolloidowemi. W sprawach następowych po nagminnem zapaleniu mózgu stwierdziliśmy w pewnej liczbie

---

*) W ostatnich 2 miesiącach rozwija się u chorej typowy parkinsonizm z przewagą prawostronną.

przypadków odbarwienie ze złotem kolloidowem w pierwszych 6 probówkach podobnie do spraw ostrych, minimalnie wzmożone białko przy normalnej ilości elementów komórkowych. Znaczna ilość obserwacyj nie daje w okresie tym żadnych zmian w płynie mózgo-rdzeniowym.

Piśmiennictwo.

1) Arch. méd. belg. Jg. 74. 5. 1921. (Ztrbltt. B. 26. 1921). — 2) Arch. of neurol. a. psych. Bd. 5. Nr. 6. 1921. (Ztrbltt. B. 26. 1921). — 3) Bull. méd. Jg. 35. Nr. 18. (Ztrbltt. B. 26. 1921). — 4) Berl. klin. Wochenschr. 57. 1920. — 5) Arch. of neurol. a. psych. 1923. — 6) Rev. méd. de l'est. Bd. 49. 1921. (Ztrbltt. B. 25. 1921). — 7) Glasgow med. journ. Bd. 96. Nr. 1. 1921. (Ztrbltt. B. 27. 1922). — 8) Ueskrift f. laeger Jg. 83. Nr. 32. 1921. (Ztrbltt. B. 27. 1922). — 9) Dtsch. Ztschr. f. Nervenhkd. Bd. 71. 1921. — 10) Neurol. Ztrbltt. Erg. Bd. 1921. (Ztrbltt. B. 25. 1921). — 11) Arch. of neurol. a. psych. Bd. 5. Nr. 4. 1921. (Ztrbl. B. 25. 1921). — 12) 49 Vers. südwestdeutsch. Neurol. u. Irrenärzte zu Baden-Baden 1924. — 13) Münch. med. Wochenschr. Jg. 70. Nr. 31. 1923. — 14) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 76. H. 5. — 15) Cyt. według Eskuchena. — 16) Med. journ. a. record. Bd. 119. 1924. (Ztrbl. B. 37. 1924.) — 17) Arch. of neurol. a. psych. Bd. 6. Nr. 3. 1921. (Ztrbl. B. 27. 1922). — 18) Arch. de neurobiolog. Bd. 4. 1924. (Ztrbl. Bd. 37. 1924.) — 19) Riv. sperim. di freniatr. arch. ital. per le malatt. nerv. e. ment. B. 47. (Ztrbl. B. 36. 1924). — 20) Journ. of the amer. med. assoc. Bd. 76. Nr. 19. 1921. (Ztrbl. B. 26. 1921). Amer. journ. of. the med. scienc. B. 167. 1924. (Ztrbl. B. 38. 1924). — 21) Brit. med. journ. 1925, (Ztrbl. B. 40. 1925). — 22) Arch. of neurol. a. psych. 1922. (Ztrbl. B. 30. 1922). — 23) Dtsche med. Wochensch. J. 49. 1923. — 24) Arch. of pediatr. B. 40. Nr. 4. 1923. (Ztrbl. B. 33. 1923). — 25) Med. rev. Jg. 39. Nr. 11. 1922. (Ztrbl. B. 32. 1923). — 26) Giorn. di clin. med. Jg. 2. H. 5. 1921. (Ztrbl. B. 26. 1921). — 27) Dtsche Ztschr. f. Nervenhkd. B. 67. 1921. — 28) Wien. klin. Wochenschr. 33. Nr. 16. 1920. — 29) Med. Klin. 1921.

Z PRAKTYKI.

Dr. Z. WIELSKI i Doc. Dr. E. ARTWIŃSKI. Kraków.

Przypadek owrzodzeń troficznych w przebiegu syringomyelji, wyleczony naświetlaniami roentgenicznemi rdzenia pacierzowego *).

Z oddziału VI. Szpitala św. Łazarza i Zakładu roentgenologicznego Lecznicy Związkowej.

Sprawa leczenia syringomyelji zapomocą głębokich naświetlań roentgenicznych nie jest dotychczas ostatecznie rozstrzygnięta. Podczas gdy we Francji posiada ona od kilkunastu lat gorących zwolenników wśród pierwszorzędnych neurologów, jak n. p. Babiński, to w Niemczech naogół odnoszą się do niej z niedowierzaniem, tej miary neurolodzy, co np. Curschmann. Rozstrzygnięcie jest bardzo trudne, gdyż syringomyelja jest chorobą przewlekłą, trwającą nieraz dziesiątki lat, ponadto w przebiegu jej mogą być całe lata trwające remisje. Trudno więc rozstrzygnąć, czy poprawa, jaką spostrzegamy, nie jest przypadkowa i czy bez leczenia roentgenicznego nie byłaby wystąpiła sama przez się. Naturalnie krytyki takiej nie możemy posuwać zbyt daleko. Mamy niektórych chorych w obserwacji od lat 10 i stwierdziliśmy u wszystkich daleko sięgającą poprawę, utrzymującą się trwale. Jeżeli poprawiają się takie objawy jak: analgezja, thermoanestezja, zaniki mięśni rąk i wraca poczucie sił, a wreszcie ustępują niezwykle przykre dla chorych parastezje w kończynach górnych i dolnych, to właściwie mamy dostateczny dowód leczniczego działania promieni Roentgena na samą sprawę chorobową. W przypadku dzisiejszym mamy jeszcze jeden bardziej oczywisty, bezpośredni dowód, że promienie Roentgena działają szybko i korzystnie. Historja choroby pacjenta naszego jest następująca:

Ks. G. P. l. 46 gr.-kat., żonaty.

28. I. 1926 zgłosił się na oddział chorób nerwowych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W y w i a d y:

Hereditas O. W 13 roku życia przebył dur brzuszny, w 1917 zapalenie opłucnej.

Pierwsze objawy obecnej choroby rozpoczęły się mniejwięcej przed 20 laty, ściślej daty podać nie może bo cierpienie to rozwijało się bardzo powoli. Od lat odczuwa zdrętwienie w całej górnej kończynie prawej, zdrętwienie to szczególnie silnie występuje w dłoni i palcach. Podobne uczucia miewa też w okolicy łopatki prawej oraz w tyle czaszki po tejże stronie. Ręka prawa znacznie słabsza, ruchy w niej są mniej pewne, noga prawa drętwieje i jest znacznie sztywniejsza niż lewa. Prócz tego skarży się na szybkie męczenie się zarówno mówieniem, chodzeniem oraz każdym szybszym ruchem. Nie miewał zaburzeń w oddawaniu moczu. Podwójnego widzenia, szumu w uszach ani bólów głowy nie odczuwał.

Od 16 lat ma na małżowinie usznej prawej wrzód, niesłychanie oporny bo właściwie wszystkie dotychczas stosowane sposoby leczenia najrozmaitszemi maściami nie odniosły skutku. Do wrzodu tego dołączyła się kilkakrotnie róża obejmująca równomiernie połowę twarzy.

W y n i k b a d a n i a:

Źrenice okrągłe równe sprawnie oddziaływują na światło i nastawienie. Ruchy gałek ocznych bez zmian. Drżenie gałek ocznych *(nystagmus)* występuje zarówno przy patrzeniu w stronę lewą jak też i prawą. Odruch podniebienny i gardzielowy zniesione. Bardzo znaczne upośledzenie węchu; nierozróżnia olejku kamforowego, eteru, benzyny, objaw ten miano stwierdzić już we wczesnej młodości. Pozatem nerwy mózgowe bez zmian.

Kończyny górne: prawa nuży się szybciej, przy unoszeniu obu rąk ku górze opóźnia się, a przy opuszczaniu opada wcześniej. Wyraźne upośledzenie drobnych ruchów palców na niekorzyść strony prawej. Stałe drżenie palców, które po wyciągnięciu i rozstawieniu palców staje się wyraźniejsze. Odruchy ścięgniste i okostnowe po stronie prawej nieznacznie żywsze aniżeli po lewej.

Odruchów brzusznych brak.

Kończyny dolne: Chodząc powłóczy, czepia noga prawą. Przy unoszeniu równoczesnem nóg prawa opóźnia się i wcześniej opada. Odruchy kolanowy i Achillesowy po stronie prawej nieznacznie żywsze niż po stronie lewej.

C z u c i e: Dotykowe zachowane na całem ciele. Czucie bólu, ciepła i zimna zniesione po prawej połowie ciała w granicach od C_1 do D_3.

B a d a n i a p o m o c n i c z e: Odczyn Wassermanna zarówno z surowicą krwi jak i płynem mózgowo-rdzeniowym wypadł ujemnie, Nonne-Apelt ujemny, pleocytoza: c. b. 1 w 1 mm^3 (Doc. Kostrzewski).

Badanie zmian skórnych: (Prym. Dr. Dybowski) wykazuje na prawem uchu owrzodzenie długości do 3 cm, szerokości ½ cm o konturach nieregularnych. Brzegi owrzodzenia wałowato-naciekłe, niewywinięte. Owrzodzenie pokryte strupem brunatnym, po którego usunięciu ukazuje się dno owrzodzenia nierówne, miejscami krwawiące, pokryte wydzieliną surowiczo-ropną, skąpą. Całość zmiany skórnej na dotyk twardo naciekła. Od brzegu widoczna jest skłonność do bliznowatego zaciągania się wrzodu.

Na podstawie obrazu klinicznego rozpoznano nabłoniak i to przy uwzględnieniu czasu trwania, o typie dobrotliwym, odpowiadającym obrazowi *epithélioma ulcéro-cicatricice* jaki opisuje Darier. Badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie kliniczne.

Badanie mikroskopowe: (Prof. Dr. Ciechanowski) dało wynik następujący: obraz zbliżony do t. zw. *epithelioma adenoides cisticum (benignum)* w niedaleko posuniętym rozwoju bez ognisk torbielowatych w głębi.

R o z p o z n a n i e: Na podstawie przebiegu cierpienia oraz charakterystycznego rozszczepienia czucia rozpoznano s y r y n g o m y e l j ę.

30. I. 1926 Dr. Wielski rozpoczął naświetlanie zapomocą promieni Roentgena.

17. III. 1926 zgłosił się do ponownego badania.

W y w i a d y: Wrzód na uchu prawem zagoił się po kilku dniach po pierwszem naświetlaniu. Podmiotowo lepsze poczucie sił zarówno w ręce jak i w nodze prawej.

W y n i k b a d a n i a: W miejscu wrzodu stwierdza się obecnie suchą bliznę, pozatem wynik badania zgodny z badaniem z dnia 20. I. 1926, jedynie zaburzenia czucia, które utrzymują się w dawnych granicach, bo tereny dawniej całkowicie niewykazujące ani czucia bólu, ani czucia ciepła i zimna przy ponownem badaniu wykazały osłabienie (hipalgezję) w granicach dawniej zupełnie znieczulonych (analgetycznych). Badany sam podaje, że ciepło i zimno zaczyna już nieznacznie odczuwać w miejscach, gdzie dawniej to czucie było całkowicie zniesione, badaniem przedmiotowem nie mogliśmy jednak tych podań stwierdzić.

Streszczając powyższe dane, widzimy, że u chorego z niewątpliwą syringomyelją oraz owrzodzeniami troficznemi na prawej małżowinie usznej już po pierwszej serji naświetlań, t. j. w kilku dni po pierwszem naświetlaniu, zabliźniły się owrzodzenia na małżowinie usznej, które przed leczeniem naszem trwały przez lat 16 i doprowadziły do rozległych ubytków. Ponieważ naświetlany był tylko rdzeń pacierzowy, a na ucho nie stosowało się ani innego leczenia, ani też, nie dostało się nic ze snopa promieni, padającego na rdzeń, przeto możemy tu mówić o bezpośredniem działaniu leczniczem via rdzeń na owrzodzenia na małżowinie usznej. Jest to typowe działanie na odległość t. zw. „Fernwirkung", która rzuca światło na istotę leczenia roentgenicznego w tej chorobie. Niewątpliwie znajdujemy tu potwierdzenie hipotezy, że promienie Roent-

*) Przypadek demonstrowany w Krak. Tow. lek. 17. III. 1926.

gena niszczą bujającą tkankę glejową, której rozpad wywołuje owe jamy, charakterystyczne dla syringomyelji. A zatem działamy przyczynowo. Wstrzymując bujanie tkanki glejowej, zapobiegamy tworzeniu się jam, czyli leczymy istotę anatomiczną choroby. Jak wiadomo, istnieją dwie teorje, tłumaczące tło anatomopatologiczne syringomyelji. Według pierwszej teorji powstaje syringomyelja skutkiem bujania tkanki glejowej w rdzeniu, według drugiej teorji pierwotną sprawą jest nowotworzenie naczyń krwionośnych, a bujanie gleji jest sprawą wtórną. Ponieważ promienie Roentgena działają niszcząco na każdą tkankę młodą, o cechach embrjonalnych, odznaczającą się wielką energją proliferacyjną, zrozumiałe jest, że niszczenie tej nadmiernie bujającej tkanki, czy to będzie gleja, czy młode naczynia krwionośne, będzie *conditio sine qua non* działania leczniczego. To też niewątpliwie przy pomocy promieni Roentgena osiągamy. Ważną rzeczą jest sprawa odpowiedniej techniki naświetlań. Idzie o to, aby nie naświetlać tylko części rdzenia w obrębie dolnych kręgów szyjnych i górnych piersiowych, lecz całą kolumnę kręgową od C_1 do D_{10}, ponieważ ogniska chorobowe rozsiane być mogą w całym rdzeniu i nawet w rdzeniu przedłużonym. Przy naświetlaniu okolicy kręgów szyjnych należy snop promieni skierować ku głowie tak, aby trafić i te w rdzeniu przedłużonym ukryte ewentualnie ogniska chorobowe.

Dr. L. WANDER. Kraków.

Przyczynek do proteinowego leczenia stwardnienia rozsianego.

(Z oddziału dla nerwowo i umysłowo chorych szpitala św. Łazarza).
Prymarjusz: Doc. Dr. Artwiński.

Zachęceni dobrymi wynikami ogłoszonymi przez Grossa (Jahrb. f. Psych. u. Neur. 1922) rozpoczęliśmy w listopadzie 1923 r. na tut. oddziale u chorych ze stwardnieniem rozsianem leczenie szczepionką tyfusową. Przeprowadzono je u 47 chorych. Nadto zastosowano leczenie Phlogetanem Fischera u 21 chorych.

Pierwsze i drugie leczenie kombinowano z wlewaniami wśródżylnemi neosalwarsanu.

Leczenie szczepionką durową *).

Szczepionkę zastrzykiwano wśródżylnie dwa razy tygodniowo zaczynając od 15 miljonów zabitych bakteryj w 0,1 cm³, podnosiliśmy stopniowo za każdym dalszym zastrzykiem ilość bakteryj i dochodziło się pod koniec leczenia trwającego około 6 tygodni, do wysokiej cyfry miljarda a nawet dwóch miljardów bakteryj. Salwarsanu zastrzykiwano raz na tydzień po 0,3, tak, że w sumie chorzy pobierali do 2 gramów. U kobiet musiano stosować leczenie szczepionką w dawkach o wiele mniejszych.

W 2 do 3 godzin po zastrzyku szczepionkowym występował odczyn w postaci dreszczów, potów i gorączki dochodzącej przeciętnie do 38°. Po 4 do 5 godzinach gorączka opadała. Wybitniejszych powikłań nie stwierdzono.

Jeden tylko przypadek zakończył się śmiertelnie; na sekcji stwierdzono *status thymico-lymphaticus*. U 11 chorych (na 47 ogółem) musiano przerwać leczenie już to wskutek zmian już poprzednio istniejących w płucach i sercu, już też z przyczyn zewnętrznych.

Pozostaje więc do rozbioru krytycznego 36 chorych. We wyniku ostatecznym leczenia okazało się, że tylko jeden przypadek pogorszył się (subj.) natomiast u wszystkich innych stwierdzono poprawę subjektywną.

Poprawa była widoczną: 1) w zmniejszeniu się ataksji, tak dynamicznej jak i statycznej, 2) obniżeniu hipertonji, chorzy zginali kończyny, siadali, co przed leczeniem było dla wielu chorych niemożliwem, 3) cofnięciu się niektórych zaburzeń układu wegetatywnego, odnośnie do lokalnego pocenia się, zimnych nóg, akroparestezji.

Największy odsetek poprawy przypadał na ostre okresy choroby.

Jeden zaś chory z ostrą postacią Marburgowską wykazał zupełną poprawę (poza zniesieniem odruchów brzusznych).

Katamneza chorych (po roku) przedstawiała się nieco mniej pomyślnie. Na 15 chorych, którzy się zgłosili, u trzech stwierdzono nadal postępującą poprawę, u 8 chorych stan się utrzymywał bez zmian a u 4 pogorszył.

W porównaniu z wynikami innych sposobów leczenia stwardnienia rozsianego, mamy tu do czynienia ze sposobem leczenia względnie najskuteczniejszym, o czem świadczy fakt poprawy choćby najmniejszej, ale objektywnej w 75% i przynajmniej subjektywnej w pozostałych 25% przypadków.

Leczenie phlogetanowe.

Stosowano po 10 injekcyj domięśniowych phlogetanu w dawkach od 2 cm³ do 10 cm³ w przerwach 3 do 4 dniowych. Raz tygodniowo salwarsany po 0,3. Gorączka powstawała w parę godzin (4) po zastrzyku przeważnie bez dreszczów, dochodząc do rozmaitej wysokości, zależnie od osobniczego oddziaływania tkanki ustrojowej na obcogatunkowe białko. Zazwyczaj dochodziła do 38,5. Gorączka opadała po 3—4 godzinach

Chorzy na ogół gorzej znosili zastrzyki phlogetanowe, niż durowe, mimo mniej wybitnych odczynów ogólnych.

Chorzy poprzednio leczeni szczepionką durową najmniej gorączkowali i najmniej u nich znaleziono zmian korzystnych po leczeniu phlogetanem.

Przeprowadzono leczenie phlogetanowo-salwarsanowe u 16 chorych, gdyż z powodu wyczerpania musieliśmy przerwać leczenie u 5 chorych.

Zauważono poprawę subjektywną i objektywną u 2 chorych, jedynie podmiotową u 3 chorych a u 10 stan pozostał bez zmian. U jednej chorej nastąpiło pogorszenie.

Wnioski:

1) Ze względu na naturę choroby i jej przebieg oraz ze względu na możność samoistnych zwolnień, wszystkie wnioski mogą mieć jedynie względną wartość.

2) Nie ulega wątpliwości, że w dzisiejszym stanie leczenia stwardnienia rozsianego leczenie proteinowe ma wielką wartość ze względu na stale spotykaną, choć nieznaczną poprawę.

3) Wyniki leczenia przeprowadzonego na oddziale tutejszym uprawniają do bezwzględnego zadecydowania o wyższości leczenia szczepionką durową nad phlogetanowem.

Dr. M. MIEDZISZEWSKI, lekarz rej. Dyr. Gdańskiej. Bydgoszcz.

O durze brzusznym z obfitą wysypką *).

Dur brzuszny z obfitą wysypką *(dermothyphos)* spotyka się znacznie częściej w Azji i wywołuje tam całe epidemje.

Jedna właśnie z takich epidemij wybuchła pośród rosyjskiej kolonji w r. 1922 w Mandżurji przy st. Heng-dao-hed-si kolei Wschodniej Chińskiej, gdzie wówczas pracowałem jako lekarz rejonowy.

Przypuszczam, że krótki opis tej choroby nie będzie zbytecznym i może zaciekawić kolegów-lekarzy.

Epidemja wybuchła w listopadzie 1922 r. Z początku pośród uczniów szkoły kolejowej, następnie rozeszła się po całej kolonji rosyjskiej z taką szybkością (kolonja liczyła około 4.000 osób), że w przeciągu niespełna $1\frac{1}{2}$ miesiąca zachorowało 290 osób.

Objawy chorobowe były następujące: ciepłota podnosiła się stopniowo do 39—40°, lub już w pierwszy dzień choroby odrazu do tej wysokości; w pierwszym, drugim dniu — kilkorazowe wymioty; w trzecim, czwartym dniu na piersiach, brzuchu i po stronie zginaczy rąk (w dwóch przypadkach na całem ciele i twarzy) zjawiała się wysypka w charakterze różyczki, nieco wzniesionej nad powierzchnią skóry *(roscolopapula)*, trochę mniejsza od zwykłej różyczki durowej. W 80% chorych na trzeci, czwarty dzień wyczuwała się śledziona. Język z początku wilgotny, obłożony, w drugim, trzecim tygodniu suchy; błony śluzowe bez zmian, nie licząc kilku przypadków *angina cat.* W większości przypadków przy końcu drugiego tygodnia, lub z początku trzeciego — dwubitne tętno.

Wysypka utrzymywała się jeden, dwa tygodnie, zależnie od przypadku stopniowo przybierając barwę brunatną i ginąc zupełnie. Chorzy się skarżyli na zawroty głowy, a częściej na bóle w brzuchu, szum w uszach, inni zaś tylko na wielką słabość i nie zważając na wysoką ciepłotę, dochodzącą do 41,8, czuli się na ogół dobrze i nawet mieli niezłe łaknienie.

W większości przypadków ciepłota nie miała charakteru *febris continua* (koło 70%), dając codziennie ranne remisje i zniżając się to stopniowo, to prawie krytycznie.

Nadzwyczaj ciekawem zjawiskiem w czasie tej epidemji była jej ogromna zaraźliwość. Dzieci zapadały na dur brzuszny tak szybko, że po kilka przypadków choroby w jednym dniu w pewnej klasie, w następnym tygodniu w tej samej klasie było

*) Dostarczoną z pracowni oddziału dla chorób zakaźnych. Prym. Docent Dr. Kostrzewski.

*) Z odczytu, wygłoszonego w Harbińskiem Towarzystwie lekarskiem 29 styczniu 1923 r.

chorych już 15—20. Siedzący obok chorego sam zachorowywał już po 4—6 dniach (skrócone *st. incrementi*).

Zaraza szerzyła się, przechodząc z mieszkania do mieszkania i nawet zauważyłem, że po jednej stronie ulicy była ilość chorych potrójną w porównaniu z drugą (wodę brali z wodociągu). Zauważone też było kilka przypadków duru u osób, którzy przed paru laty chorowali już na dur brzuszny, a jeden robotnik warsztatów kolejowych, który przed rokiem chorował w szpitalu na dur brzuszny zmarł przy objawach *peritonitis perforativa* w tym samym szpitalu.

Wobec powyższych objawów z początku epidemja przypominała dur osutkowy, lecz bakterjologiczne badanie krwi, (wyhodowano czysty *bac. typhos)*, a następnie i komplikacje, jak to krwotoki jelitowe, perforacja, charakter stolca wyjaśniły, że mieliśmy do czynienia z epidemją duru brzusznego z nieco odmiennym przebiegiem.

Śmiertelność nie zważając na gwałtowny wybuch epidemji i wielką jej zaraźliwość była nieduża (umarło 6 osób — 2,04%).

Chorowały przeważnie dzieci i młodzież: tak, do lat 20, było chorych 192, w starszym wieku — 98 osób.

Dodać tu muszę, że bakterjologiczne badanie wody wziętej po kilkakrotnie ze szkół, wodociągów i studni na *bac. typhi* dało wynik ujemny.

Było przypuszczenie, że epidemja mogła wybuchnąć przez zanieczyszczone ciasto w piekarni, w której przeważna ilość mieszkańców kupowała chleb, ponieważ, jak się później wyjaśniło w miesiącu sierpniu tegoż roku, chorował na dur brzuszny piekarz, a później dwie córki właścicielki.

Czemu zaraza szerzyła się pośród szkół *), wybierając przeważnie młodzież i w jaki sposób się udzielała? Oto były pytania, na które odpowiedzieć stanowczo, było dosyć trudno.

*) W środku epidemji szkoły zostały zamknięte, poczem epidemja szybko ustąpiła.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Henryk RUEBENBAUER. Lwów.

Olej czolmugrowy.

Trąd był dawniej powszechnem cierpieniem ludzkości. Na szczęście od XVI. w. po większej części wygasł w Europie a ogranicza się tylko do niektórych okolic jak Kłajpeda, Szwecja, Norwegja, Indje, Chiny, Japonja, Brazylja, Kolumbja, Islandja, Meksyk, Anatolja. Rozróżniamy dwie formy tej choroby: guzowatą *Lepra tuberosa* i nerwowa, *Lepra anaesthetica*.

Forma guzowata odznacza się plamami na ciele barwy różowej lub miedzianej, które spływają z czasem i tworzą zgrubienia skórne. Występują one na twarzy, rękach, uszach. Tworzeniu się guzów może towarzyszyć gorączka, zwyczajnie jednak temperatura jest normalna. Szczególnie typowo przedstawia się cierpienie na czole, wargach, nosie a twarz przyjmuje wówczas charakterystyczny wygląd — *Facies leonina*. Na błonach śluzowych tworzą się również guzy, mogą się tworzyć na oczach prowadząc do oślepiania chorego.

Z wewnętrznych organów narażone są szczególnie płuca, a choroba przebiega wówczas podobnie do gruźlicy.

Forma nerwowa wykazuje większą rozmaitość symptomów. Rozpoczyna się również plamami żółtemi lub brunatnemi, które z czasem zamieniają się na pęcherze *(Pemphigus leprosus)*, często na rękach i nogach. Nerwy, nad któremi występują erupcje, popadają w znieczulenie i powodują upośledzenie ruchów a zatem atrofję mięśni. Wyraża się to w twarzy maskową nieruchomością i nader bolesnym wyrazem. Palce rąk przyjmują ustawienie szponów a nogi skrzywiają się włogawo. Owrzodzenia mogą prowadzić do odpadnięcia palców.

Zwyczajnie obie formy nie występują odrębnie, lecz są ze sobą zmieszane *(Lepra mixta)*. Choroba w całym przebiegu trwa ośm do dziesięć lat prowadząc po smutnem życiu do niechybnej śmierci.

Przyczyną trądu jest prątek *Bacillus Leprae*. Jednakże zaraźliwość jest stosunkowo niewielka i rzadko tylko się zdarza, aby zupełnie zdrowy człowiek nabył trądu od otoczenia. Muszą na to wpływać i inne, bliżej nie znane czynniki. Bardziej zaraźliwa jest forma guzowata, choć czas inkubacji trwa trzy do pięć lat. Zwykle zapada na trąd tylko ludność najuboższa, niechlujna, gdyż czysto i higjenicznie utrzymująca się służba w szpitalach dla trędowatych nie ulega zakażeniu. Prątek trądu jest długi 4—8 μ, prosty, nieruchomy, do prątka gruźliczego podobny; ma strukturę ziarnistą, otoczony jest otoczką i tworzy zarodniki. Wobec barwików zachowuje się jak prątek gruźliczy. Dotychczas nie znaleziono sposobu wyhodowania prątka trądu.

Terapja była dotychczas głównie profilaktyczna, polegająca na oddzielaniu chorych, co prowadzi rzeczywiście do celu, gdyż ilość chorych stale się zmniejsza, jak to widzimy w krajach europejskich, w których przez izolację zdołano trąd prawie doszczętnie wytępić. Jako środków leczniczych próbowano rtęci, jodu a nadewszystko kwasu salicylowego bez widocznego jednak wpływu. Ostatnio zaczęto stosować preparaty, otrzymywane z oleju czolmugrowego, wyciskanego z nasion czolmugry prawej.

C z o l m u g r a p r a w a, *Taraktogenos Kurzii* — *Flacourtiaceae* — jest drzewem dużem, swojskiem w Indjach: Assam Valley i Chittagong Hill trakts. Liście posiada szeroko jajowate z nerwacją pierzastą, kwiaty duże, o nitkach pręcików wolnych, nitkowatych i o pięciu, krótkich słupkach. Owoce wielkie z twardą, pomarszczoną naowocnią. Nasiona są 2.5 do 4.3 cm długie, 1.5 do 1.8 cm szerokie, nieregularnie jajowato kanciaste. Osłonka cienka, gładka, szara lub brunatna, bielmo oleiste; liścienie cienkie, płaskie, sercowate; korzonek prosty.



Ryc. 1.
Taraktogenos Kurzii.

Nasiona zawierają 51% oleju tłustego; przez prasowanie można jednak uzyskać tylko 25 do 30%.

Olej jest półpłynny, barwy żółtawo-zielonawej, właściwej woni i dość przyjemnego smaku. Zawiera 18% kwasu czolmugrowego.

Miąższ owocowy służy jako trutka na ryby, gdyż tak, jak i wytłoczyny nasion zawiera gynokardynę, glukozyd, wydzielający kwas pruski. Stąd wysuszone i sproszkowane nasiona posiadają wyraźną woń cyjanową. Olej wyprasowany nie zawiera cyjanu, który pozostaje w wytłoczynach. Mylną była dawna nazwa tego oleju *„Oleum Gynocardiae"*, gdyż nasiona serdusznika wonnego, *Gynocardia odorata* R. Rv. i olej z nich otrzymany, nie mają działania terapeutycznego.

Podobny do czolmugrowego olej zawierają nasiona różnych gatunków u s p i a n u *Hydnocarpus*, drzew do czolmugry bardzo podobnych, lecz posiadających w kwiecie wolne, stojące, dachówkowato się nakrywające działki kielicha.

Nasiona u s p i a n u p r z e c i w r o b a c z e g o, *Hydnocarpus anthelmintica* Pierre, z francuskiej Indochiny i z północnego Siamu, są długie 1.5 do 1.8 cm, szerokie 0.9 do 1.2 cm; zawierają oleju 17.6%, z czego odprasować daje się 16.3%. W Chinach noszą nazwę t a f u n g t z e albo l u k o u b a u i używane bywają przeciw trądowi i innym chorobom skórnym.

Nasiona u s p i a n u w y n i o s ł e g o, *Hydnocarpus Wightiana* Bl. mają postać regularnie jajowatą, ku dołowi zwężoną. Powierzchnia ich jest szorstka, brodawkowana; barwa szara; osłonka cienka i łamliwa. Nasiona zawierają oleju 41.2% z czego odprasować można 32.4%.

Olej z u s p i a n u j a d o w i t e g o, *Hydnocarpus venenata*, z Cejlonu, Dekkanu, i Birmy, wprowadzony był w roku 1911 do

Hamburga pod fałszywą nazwą oleju kardamonowego do wyrobu margaryny i spożywany był powodem licznych zatruć.

Podobne tłuszcze znaleziono w pokrewnych roślinach: *Hydnocarpus castanea* z Birmy, *Hydnocarpus alcalae* z Filipin, *Hydnocarpus Hutchinsonii* i *Hydnocarpus subfalcata* z Filipin, *Asteriostigma macrocarpa* z Travancore, *Oncoba eshinata* z Sierra Leone, prawdopodobnie także z *Pangium edule* z Filipin.



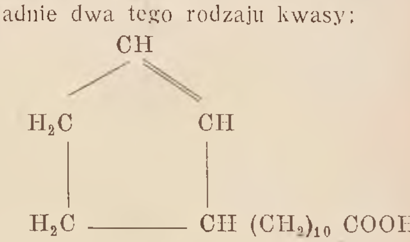
Ryc. 2.
Hydnocarpus Wightiana.

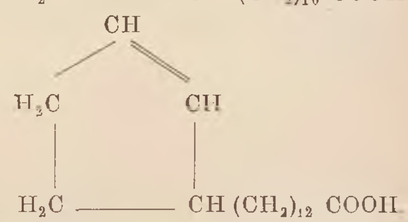
Oleje wyciśnięte z nasion wykazują:

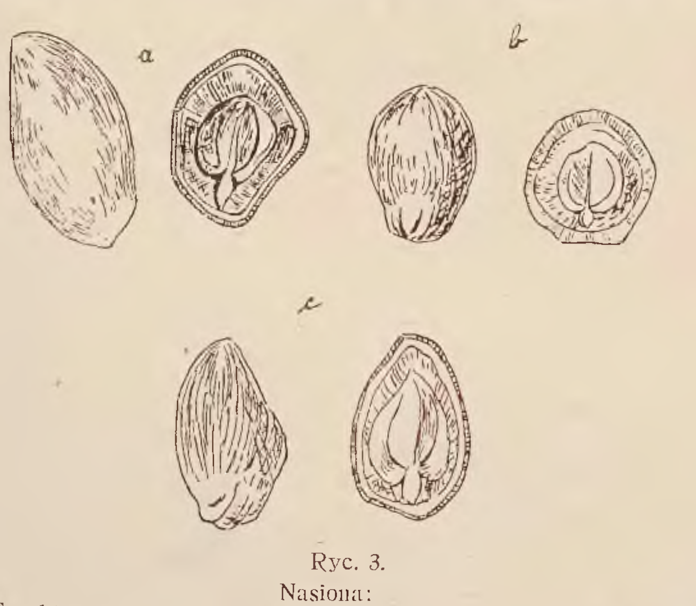
	Cięż. właś.	Punkt topl.	Punkt krzep.	Liczba zmydl.	Liczba jodowa	Polaryzacja
Taraktogenos Kurzii	0·951 (22° C)	22—26° C	14—17° C	214—232	92—103	+52°
Hydnocarpus Wightiana . .	0·958 (25° C)	22—23° C	14—16° C	207	101·3	+57·5°
„ **anthelmin** . .	0·953 (25° C)	24—25° C	15—18° C	212	86.4	+52·5°
„ **venenata** . . .	0·948 (30° C)	20—24° C	13—17° C	209—218	90—99	+52·3°
„ **alcalae**	0 950 (30° C)	32° C	24° C	206—215	88—93·1	+49 6°

Oleje te, używane już od najdawniejszych czasów przez Hindusów dla leczenia trądu, zostały zastosowane przez Blanc'a z New-Orleanu w r. 1880 w nowożytnej medycynie. Stosowanie oleju przynosi chorym wielkie polepszenie, ale tłuszcz przy podawaniu wewnętrznem drażni w wysokim stopniu błony śluzowe żołądka i jelit zwłaszcza, że kuracja musi być bardzo długo prowadzona. Wobec tego Tourtoulis zastosował olej podskórnie, jednakże w ten sposób stosowany olej niszczy tkanki i wywołuje stany zapalne. W ostatnich latach sporządziła firma F. Bayer et Co w Leverkusen estry etylowe kwasów, wydzielonych z oleju czolmugry, pod nazwą „Antileprolu"; firma F. Borroughs, Wellcome et Co wprowadza w handel te same estry pod nazwą „Moogrolu" a firma Winthrop Chemical Co New-Yorku pod nazwą „Chaulmestolu". Stosował te środki z powodzeniem doustnie i podskórnie Engel-Bey, jednakże kuracja trwała zbyt długo a resorbcja estrów nie była zupełna; estry nie są także całkowicie pozbawione składników drażniących. Wobec tych wyników zaczęła kiełkować myśl wydzielenia czystej substancji działającej przy odrzuceniu części szkodliwych. Zajął się tem pierwszy Sudhamoy Ghosh dzieląc kwasy na siedm frakcyj, gdy Hollmann sporządził cztery rodzaje estrów etylowych, które zostały śródżylnie zastosowane.

Wydzielone kwasy zbadał F. B. Power wraz z F. H. Gornallem i M. Barrowcliffem i wykazał, że działanie lecznicze oleju związane jest z nienasyconemi kwasami ogólnego wzoru $C_nH_{2n-4}O_2$, różniącemi się jednak od szeregu kwasu linolowego tem, że zawierają pierścień pięcioczłonowy, zamknięty. Wydzielili oni i zbadali dokładnie dwa tego rodzaju kwasy:

kwas uspianowy $C_{16}H_{28}O_2$ 

kwas czolmugrowy $C_{18}H_{32}O_2$ 



Ryc. 3.
Nasiona:
a Taraktogenos Kurzii, *b* Hydnocarpus anthelmintica, *c Hydnocarpus* Wightiana.

Kwas uspianowy posiada punkt topliwości 59° C, liczbę jodową 100.2;

kwas czolmugrowy posiada punkt topliwości 68° C, liczbę jodową 90.1.

Przy dłuższem przechowywaniu kwasy nasycają się tlenem i tracą swe lecznicze własności.

Badania E. L. Walkera i M. A. Sweeney'a, A. Lindenberga i B. R. Pestany, W. L. Culpeppera i M. Ablesona, H. Schlossbergera i R. Prigge'go wykazały, że sole sodowe kwasu czolmugrowego i uspianowego posiadają wysokie własności bakterjobójcze szczególnie względem bakteryj kwasoodpornych, jak prątek gruźlicy i prątek trądu. Te sole, rozpuszczalne we wodzie, wprowadzane do handlu przez firmę Smith Stanistreet et Co Calcutta pod nazwą Sodium Gynocardate A. i S., stosowane bywają śródżylnie.

Nie można i innym kwasom nienasyconym, jak kwasowi linolowemu i klupadonowemu (z tranu) odmówić własności desinfekcyjnych, ale siła ich działania jest znacznie mniejsza. Własności lecznicze są więc związane z pierścieniem pięcioczłonowym węgla a wszelkie dodatki jak n. p. jod nie wpływają na efekt.

Podskórnie zaczęto stosować także emulsje mydeł czolmugrowych n. p. *Collobiasis of Chaulmoogra* firmy Laboratoire Pharmaceutique de Dausse Paris.

Leczenie jest długotrwałe, gdyż rozciąga się prawie na cały rok, ale wyniki są o tyle dobre, że połowa chorych bywa zupełnie wyleczona.

W jaki sposób działa olej czolmugrowy na prątek trądu, nie zdołano jeszcze dotychczas stwierdzić. Walker i Sweeney przypuszczają, że prątki trądu wyławiają tłuszcze, które są im, jak wszystkim bakterjom kwasoodpornym potrzebne, jako składni-

ki ich protoplazmy; wkrótce jednak kwasy czolmugrowe rozwijają swe zabójcze dla bakteryj działanie. E. Mercado sądzi, że przez drażniące działanie kwasów zwiększa się w organizmie ilość ciałek białych, które rozwijają silniejszą fagocytozę i bakterjolizę i w ten sposób uwalniają organizm od pasorzytów. Rogers, który stosował także sole sodowe kwasów tłuszczowych tranu, nie przypisuje kwasom czolmugrowym specjalnych własności, lecz uważa wszystkie kwasy, wyżej nienasycone, za środki chemicznie czynne, ruchliwe a przez to zdolne wywołać efekt leczniczy tak przy trądzie, jak i przy gruźlicy. Przekonano się jednak, że kwasy tranowe nie posiadają własności desinfekcyjnych w tym stopniu, co kwasy czolmugrowe. Pomimo tego praca w kierunku wyjaśnienia różnicy działania kwasów nienasyconych i kwasu czolmugrowego nie ustaje. Nie ustaje też poszukiwanie innych tłuszczów, które mając działanie lecznicze nie miałyby własności drażniących.

K. K. Chatterji i R. N. Sen wydzielili z oleju margoza kwas margozowy, który należy do szeregu kwasu linolowego.

Olej margoza (Nimboil, Kohombaoil, Huile de Veppam) otrzymują z nasion miodli chińskiej *Melia Azedarach — Meliaceae* — zwanej drzewem paciorkowem albo chińskim bzem. Jest to drzewko dochodzące 12 do 15 metrów wysokości, swojskie, w Azji południowej, Australji, Afryce wschodniej, które dla swej piękności bywa powszechnie, a szczególnie w południowej Europie hodowane. Liście posiada pierzasto złożone, do jesionu podobne. Kwiaty w dużych wiechach, fjoletowe, miłej woni. Owocami są pestkowce wielokomorowe. Francuzi nazywają to drzewko *Lilas d' Indes*, Anglicy — *Persian Lilac, Bead tree* (drzewo paciorkowe) albo *Pride of India* (duma Indji). Do obsadzenia alei nie nadaje się bardzo(gdyż wiatr łatwo je obłamuje, ale przecież w San Salvador sadzą je dookoła plantacyj kawowych dla cienia i nazywają je Paraiso. Drewno miodli jest wewnątrz różowe i daje się pięknie polituroważ; twarde pestki bywają w Indjach noszone na szyji jak paciorki, skąd nazwa. Liście zawierają zielony barwik a z kory wydobywa się guma.



Ryc. 4.
Melia Aza dirachta.
a owoc, *b* owoc w przekroju, *c* pestka.

Nasiona zawierają 39.36% oleju, ale po przeliczeniu na cały owoc zawartość oleju wynosi zaledwie 4.62%. Z tego powodu przez prasowanie oleju uzyskać nie można.

Barwa oleju jest jasno zielona, woń właściwa, smak ostry, gorżki, niemiły. Przy przechowywaniu olej mętnieje z powodu wydzielania się substancyj żywicznych. Według Lewkowitscha (The Analyst 1903), który badał olej pochodzenia indyjskiego, olej jest stały.

Ciężar właściwy oleju wynosi 0'9142 (40° C), liczba zmydlenia 196.9, liczba jodowa 96.6, refrakcja 52°, liczba Reicherta-Meissla 1.1, punkt krzepnięcia kwasów 42° C.

Kwas margozowy posiada ciężar właściwy 0.8693 (34° C), liczbę jodową 151, liczbę zmydlenia 167.

Kwas ten w postaci soli sodowej, miedziowej, lub w postaci estrów etylowego i allylowego, stosowany śródżylnie, działa silniej jeszcze od kwasu czolmugrowego.

B. Valverde stosował przeciw trądowi kwasy tłuszczowe brazylijskiej rośliny sapokainha, *Carpotriche brasiliensis — Flacourtiaceae* — w postaci soli miedziowej również z dobrym rezultatem.

Wszystkie te badania mają i dla nas doniosłe znaczenie ze względu na bardzo podobne zachowywanie się prątków trądowych i gruźliczych. Wprawdzie dotychczas nie zdołano stwierdzić przy próbach ze zwierzętami dodatniego wpływu tych środków na gruźlicę, ale udało się przecież udowodnić ich duże znaczenie w stosowaniu profilaktycznem.

Piśmiennictwo:

Engel-Bey: Traitement de la lèpre. Monachjum. 1910. — Sudhamoy Ghosh: Indian Journ. of med. Research. 1916. — L. Rogers: The Lancet 1921. — Hollmann: Journ. cut. Dis. 1919. — E. Muir: Handbook of Leprosy Cuttack 1921. — E. Muir, A. Perkins, Mac Donald, A. Dean: Journ. amer. med. assoc. 1921. — F. B. Power, F. H. Gornall, M. Barrowcliff: Journ. chem. Soc. Trans. 1904, 190. — E. L. Walker et M. A. Sweeney: Journ. of inf. Diseases 1920. — M. Ableson: Journ. of Labor. and clinic. Med. 1921. — A. Lindenberg et B. R. Pestana: Zeitschr. f. Immunitaetsf. 1921. — H. Schlossberger et R. Prigge: Zeitschr. f. Hyg. 1923. — H. Schlossberger: Chemotherapie der Tuberkulose. — E. Mercado: Leprosy Manila 1915. — K. K. Chatterji et R. N. Sen: Indian Journ. of medic. Research. 1920. — H. Schlossberger: Zeitschr. f. ang. Chemie 1924. — H. Ruebenbauer: Tłuszcze 1916. — Benedikt-Ulzer: Analyse d. Fette u. Wachsarten. 1908.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. med. Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O postępach pedjatrji francuskiej *).

(Próba syntezy).

Jeżeli pozwalam sobie zabrać głos w sprawie pedjatrji francuskiej, to robię to dlatego, aby występem swoim przyczynić się do obudzenia wśród Szan. Kolegów jaknajwiększej życzliwości dla świata wiedzy francuskiej, zgodnie zresztą z piękną tradycją kultury polskiej, która starała się iść zawsze gościńcem latyńskim.

Podkreślam tę tendencję, aby się uwolnić od podejrzenia, że mówię, bo coś widziałem, albo, że mówię, bo coś wiem.

Już Goethe dobrodusznie mówił: „wenn jemand eine Reise thut — so kann er was erzählen"! I niewątpliwie wielu ludzi wstrzymałoby się chętnie od wyjazdu zagranicę, gdyby nie miało możności o tem, co widzieli — mówić. Niemniej każdy wartościowy człowiek wie o tem, że nie jest to ciekawe, co ktoś widział, ale to może być ciekawe, co ktoś myślal, patrząc na to i owo. Dla tej przyczyny nie ośmielałbym się głosu zabierać.

Nie mówię również dlatego, że coś wiem. bo niech mi wolno będzie powiedzieć, że wiem o tem szyderstwie rzymskiem, co mówiło; *usque adeone scire tuum nihil est, nisi te scire hoc sciat alter?*

Chcąc dać obraz gałęzi wiedzy, jest się w takiem położeniu, jak kiedy się ma opisać człowieka. Opisując człowieka staramy się uchwycić istotę jego, przedstawiając to, czem on jest zgodnie z pojęciem Arystotelesa rozwiniętem przez Schopenhauera: „was einer ist", nicht „was einer hat", oder „was einer vorstellt". Nie można więc gubić się w szczegółach, należy je nieraz podeptać, choć wszystkie one mogłyby mieć także wartość, należy zdążać do tego, aby w krótki sposób dać wyraz *virtutis* danego człowieka, a więc jego wnętrza, a nie zaspokajać ciekawości podrzędnemi sprawami. Stojąc na takiem stanowisku mam prawo liczyć na wyrozumiałość tych Szan. Kolegów, których ciekawość, nastawiona na jakąś ich interesującą kwestję, nie będzie należycie zaspokojona.

O ile klinika niemiecka oparła swoje stopy na granitowych, zdawało się, fundamentach anatomji patologicznej, związanej z nazwiskiem Virchowa — o tyle klinika francuska wsparła się na podstawach fizjologji, związanej z nazwiskami Claude Bernard'a, Berthelot'a, a wreszcie żyjącego do dziś Charles Richet'a. Fakt ten skojarzony prawdopodobnie z głębszemi przyczynami różnej psychy tych dwóch narodów, odbił niezatarte ślady na charakterze kliniki wogóle, a kliniki dziecięcej w szczególe. Bardzo bystro uchwycił cały szereg obserwacji na ten temat kol. Wąsowski w swojej broszurze p. t.: „Z zagadnień niepraktycznej medycyny". Siedlce 1913.

Mówić o pedjatrji francuskiej i nie myśleć o fizjologji, znaczyłoby nie zdawać sobie sprawy ze związku, jaki tu ściśle za-

*) Odczyt wygłoszony w Warsz. Tow. Lek. na posiedz. klin. dnia 2. III. 1926.

chodzi i równałoby się temu, co badanie oseska bez zwracania uwagi na matkę dziecka. A przecież właśnie w tem cała pointa pedjatrji francuskiej, że rozwijała się ona na tej samej potrzebie spostrzegania życia *in fligranti et in experimento*. W tej spostrzegawczości fenomenalnej leży jej wartość.

Więc całe zagadnienie regulacji ciepła u dziecka i reakcji kalorymetrycznych oparte jest nie na czem innem, jak na genialnem w swojej głębi — a równocześnie dziecinnie, zdawałoby się, prostem odkryciu fizjologicznem z r. 1884 Richet'a, który wykazał, że pies zmęczony biegiem dyszy z powodu *polypnoe*, nie *dyspnoe* i że w ten sposób reguluje za pomocą funkcji wentylacyjnej płuc ciepło, czyli się oziębia. Człowiek oziębia się przez ten sam mechanizm fizyczny parowania wody, tylko nie przez płuca, ale przez skórę. Przy łóżku chorego, który ma 39° i równocześnie dreszcze, może każdy lekarz ze spokojem rzucić proroctwo, że za ½ godziny ciepłota chorego osiągnie 39,5° z powodu tego, że choremu jest zimno, a zimno mu, bo jego zatruty system nerwowy chce wyższej ciepłoty. A, że wreszcie układ nerwowy ma we wszystkiem ostatnie słowo, to i temperatura dojdzie za ½ godziny do 39,5°. Gdy przeciwnie chory z temperaturą 39° poci się obficie — to dlatego, że mu jest gorąco, można więc z zaufaniem przepowiedzieć, że za ½ godziny chory będzie miał 38,5°. Ten sam genjalny Richet na rok przed Behringiem i Kitasato stał się w r. 1888 twórcą seroterapji, która odegrała taką zasadniczą rolę w pedjatrji. On bowiem pierwszy doświadczalnie uodparniał króliki transfuzją krwi psa immunizowanego *staphyloc. pyosepticus*. Twórca zomoterapji, kapitalnej metody leczenia gruźlicy sokiem mięsa surowego, co znalazło także zastosowanie w pedjatrji francuskiej, wykazał on pierwszy doświadczalnie prawo biologiczne możliwości dziedziczenia charakteru nabytego. Wreszcie jest on założycielem nauki anafilaksji, która nabrała takiego nadzwyczajnego rozgłosu i która się wdziera z każdym dniem, niemal z niepokojącym charakterem Zwangsidee, w szczeliny naszych codziennych rozpoznań pedjatrycznych. To, co Pascal przeczuwał był, qu'i ly a souvent des raisons, que la raison ne connait pas — stało się faktem. Jest ten wynalazek Richet'a klasycznym przykładem tego, do jakiego stopnia doświadczenie jest więcej płodne, niż imaginacja. Od r. 1902, t. j. od odkrycia anfilaksji, ogłoszono przeszło 3500 prac z zakresu różnych gałęzi medycyny na ten temat. Prace Widal'a i Pirquet'a są owocami zerwanemi z drzewa Richet'a. Przed tem odkryciem wiedziano, że istnieje w organiźmie przyzwyczajenie i obojętność, Richet stworzył miejsce na nowe pojęcie uczulenia. Nie ułatwił przez to bynajmniej badań nad naturą organizmu, ale przeciwnie odkryciem swojem wskazał głębię ich skomplikowanej tajemniczości. I kiedy cały świat lekarski stanął na barykadzie, rozglądając się za tem jakiej broni użyć przeciw nowej rewolucyjnej teorji, wtenczas ten starzec ze spokojem prawdziwego myśliciela powiedział: Il faut que l'être soit stable! Potrzeba stałości w przyrodzie! Dla stanu optimum świnki morskiej nie potrzeba, aby surowica królika czy psa mogła zastępować jej surowicę i dlatego występuje reakcja, gdy za drugim razem ktoś chce przez wprowadzenie obcego białka drogą nienormalną zakłócić indywidualność chemiczną świnki. Nie stoi anafilaksja w sprzeczności z prawem obrony organizmu, bo jeżeli organizm reaguje gwałtownie na obce białko, to dla utrzymania swojej stałości i stałości swego gatunku. Nie stoi również w sprzeczności z immunizacją, jak tego doświadczenia Richet'a na psach z kongestyną dowiodły.

I nietylko w medycynie sądowej, ale przedewszystkiem w djagnostyce znalazło to odkrycie kolosalne zastosowanie dzięki dalszym pracom Pirquet'a nad tuberkuliną, która stała się *anaphylacto-diagnosticum* dla gruźlicy specjalnie dziecięcej w jej pierwszych latach. Tak więc, nie ubliżając geniuszowi myśli niemieckiej, można powiedzieć o dziele Pirquet'a o allergji, że jest ono „książką napisaną na podstawie książki przeczytanej wczoraj". Jeżeli dziś posiadamy dzięki anafilaksji *diagnosticum* dla gruźlicy i dla bąblowca, to bardzo możliwe, że posiądziemy jutro podobne *diagnosticum* dla pneumonji a może i dla raka. Podrzędniejsze znaczenie praktyczne mają wnioski związane z tematem choroby surowiczej (Serumkrankheit) — obserwowanej najczęściej i najdokładniej przez pedjatrów.

Zaburzenia trawienne u oseska natury anafilaktycznej polegają prawdopodobnie na istnieniu równocześnie specjalnego uczulenia u osobnika posiadającego pewne toksogeniny i na istnieniu procesu niedostatecznego trawienia, który pozwala na to, że tworzą się pewne substancje, które są zdolne, dostawszy się do krwi, działać jako antygen (toksyna) na toksogeniny krwi, tworząc apotoksynę.

Pojęcie astmy zrosło się ściśle z teorją anafilaksji. Sposoby leczenia zapomocą odczulenia (desensybilizacji) zapoczątkowane przez Widala, znajdują całe rzesze eksperymentatorów. Ostatnio Pasteur, Vallery, Radot stosują 50% rozczyn skoncentrowany peptonu śródskórnie w astmie, katarze nosa spasmatycznym i w gorączce siennej. Pojęcie Widala *diathèse colloido-classique*, a więc wady humoralnej, zostało ostatnio wprowadzone pod nazwą anafilaksji umysłowej (mentale) do dziedziny psychjatrji i spokrewnionej z nią nauki o stanach psychastenicznych i neurastenicznych. (M-elle Pascal i Davesne).

W fizjologji i patologji dziecka odegrały również zasadniczą rolę klasyczne badania Achard'a nad równowagą wodno-chlorową w organizmie. Znane doświadczenia Achard'a z podwiązaniem moczowodów i następowem zatrzymaniem wody i soli (rozszerzone również u nas przez Prof. Gluzińskiego i Becka) wyjaśniły i sprowadziły patogenezę zatrzymania chlorku sodu i wody do zaburzeń nerek, krążenia i do przyczyn śródmiąższowych (interstycjalnych), działających na spójność tkankową. Wytłumaczyły one nietylko zjawisko obrzęków w przebiegu chorób nerkowych, wyniszczenia, marskości wątroby, chorób zakaźnych, ale także wykryły istnienie nieznanego przedtem obrzęku histologicznego, który obserwować możemy posługując się zwykłą wagą i próbą obciążenia solą w przebiegu zapalenia płuc, duru, róży, błonicy, zapalenia opłucnej, wyrostka robaczkowego itp. Badania te mają oczywiście dla pedjatrji wielką wartość praktyczną w terapji i profilaktyce chorób, przebiegających z obrzękami, jakoteż zastosowanie w racjonalnem, na dechloruracji polegającem leczeniu bromem epilepsji. Równowaga wodno-solna ustroju jest wyrazem eurytmji fizjologicznej.

Badania nad solą w ustroju łączą się organicznie z badaniami Widala nad azotemją, które wprowadziły rewolucję oczywiście także i w świecie pedjatrji do dziedziny dotychczasowych naszych pojęć o *nephritis*. Odkrycia te owiane są tym samym duchem obserwacji fizjologicznej.

Ten sam autor w szeregu prac, ogłoszonych z Jancovesco, wykazał, że w wątrobie właściwa jest funkcja zatrzymania substancji białkowych niezupełnie zróżniczkowanych w czasie procesu trawiennego, a przybywających drogą żyły wrotnej. Nazwali oni te funcję fonction protéopexique. Wykazali oni, że w przypadkach, kiedy wskutek schorzenia wątroby funkcja ta jest upośledzona, można zapomocą prostego środka niewydolność proteopeksyjną ocenić, a mianowicie przy pomocy próby hemoklasycznej trawiennej. Widal zastrzega się, że próba hemoklasyczna trawienna nie jest w żadnym razie reakcją *tonus* układu nerwowo-roślinnego, od którego jest niezależną. Jest ona wyłącznie odczynem badania funkcji proteopeksyjnej wątroby.

Również kierunek fizjologiczny noszą badania Chauffard'a nad cholesterynemją, której znaczenie prognostyczne w pewnych chorobach, jak w *nephritis* i w chorobach zakaźnych, otwiera drzwi do nowych nadziei, ale i do nowych wątpliwości w zakresie niejasnej immunobiologji, tak pociągającej dla każdego pedjatry. Choroby przemiany materji związane z fizjologją mieszają się na każdym kroku z pedjatrją, czego dowodem jest n. p. monografja o cukrzycy Mouriquand'a, znanego pedjatry.

Ta psychiczna potrzeba oparcia myśli na faktach spostrzeganych jest przyczyną, że Marfan klasyfikuje schorzenia przewodu pokarmowego pierwszego dzieciństwa według klinicznie spostrzeganych faktów a nie opierając się na teorjach, lub hipotezach — i w myśl tego rozróżnia schorzenia z przewagą wymiotów, biegunki, zaparcia lub wyniszczenia (denutrycji). Wykazuje niemożliwość oparcia klasyfikacji klinicznej na etjologji i patogenezie. W etjologji chorób przewodu pokarmowego rozróżnia przyczyny zewnętrzne, czyli pokarmowe i wewnętrzne, czyli desergiczne (z dysfunkcji). Pod pokarmowemi, czyli alimentarnemi przyczynami rozumie niestosowne odżywianie, przekarmianie lub niedokarmianie, substancje toksyczne lub drażniące, żywienie mlekiem, pozbawionem pewnego czynnika odżywczego, zakażenia żołądkowo-kiszkowe z pożywienia. Pod wewnętrznemi przyczynami rozumie dysergię wrodzoną, więc debilitas, niedoskonałą konstytucję, lub nabytą: upośledzone odżywianie, przebyte poprzednio schorzenia trawienne, upały ząbkowanie, anafilaksja. W patogenezie rozróżnia: 1) dyspepsję pierwotną, 2) modyfikację ścian przewodu pokarmowego, 3) autointoksykację kiszkową, a więc jady pochodzenia bakteryjnego i jady pochodzenia dyspeptycznego, (co Finkelstein ujmuje pod nazwą intoksykacji pokarmowej), 4) zakażenia endogenne pochodzenia żołądkowo-kiszkowego, rzadkie i zwykłe przedśmiertne.

Marfan pyta ironicznie, czy rzeczywiście postęp polega na wprowadzeniu giełdowej nomenklatury: *Bilanzstörung*, dla określenia zwykłej dyspepsji z mleka krowiego, lub dla pospolitej biegunki. Również nie dopatruje się głębszego natchnienia we wprowadzeniu nazwy dekompozycji zamiast nazwy atrepsji a fakt uznawania cholery dziecięcej za zatrucia pokarmowe uważa za nieuza-

sadnione, przedwczesne teoretyzowanie. Próba pokarmowa daje wyniki tak różne, że z tego powodu uważa za rzecz niemożliwą, aby przyjąć ją jako podstawę do podziału chorób przewodu pokarmowego. Według Finkelsteina najszkodliwszą substancją mleka krowiego jest serwatka z powodu cukrów i soli, najmniej szkodliwe są substancje białkowe, w pośrodku są tłuszcze. W rzeczywistości niewidzi Marfan, aby poszczególne składniki mleka krowiego dawały manifestacyjne objawy, któreby się dały ściśle uchwycić.

W związku z amerykańskiemi badaniami nad krzywicą ten sam Marfan podkreśla nieżywotność i nierealność doświadczeń nad zwierzętami, żywionemi pokarmem bez fosforu w stosunku do człowieka, u którego stwierdzał hipofosfatemję w *osteopsathyrosis* i w przebiegu zapalenia płuc odoskrzelowego. Kwestja hipokalemji jest chwiejna, istnieje równocześnie z tężyczką. Uważa hipofosfatemję i hipokalcemję za wyraz zaburzenia mechanizmu zatrzymywania tych soli przez kości — a więc za skutek a nie za przyczynę choroby. Obserwowane zmiany w kościach szczurów żywionych bez fosforu uważa za wyraz samozatrucia. Wskazuje brak dowodów na poparcie rozpowszechnionego argumentu, starającego się tłumaczyć powstawanie krzywicy u dzieci przez brak światła (carence de lumière). Wskazuje częstość krzywicy we Włoszech, które się kąpią w słońcu — i równocześnie wskazuje na Grenlandję, gdzie niema słońca, ale niema kiły i niema sztucznego karmienia. Mówi się również dużo na temat słońca sztucznego, na temat lampy kwarcowej, która działa niewątpliwie korzystnie w krzywicy, ale nietylko w krzywicy, bo i w wilku i w cierpieniach gruczołów gruźliczych. Promienie X działają korzystnie w białaczce, w przeroście grasicy; nie można jednak wyciągać z tego wniosków co do patogenezy tych chorób i co do „carence des rayons ultraviolets". Co się tyczy tranu i czynnika witaminowego, to zapatruje się na jego istnienie nieco sceptycznie i nie uważa tego za bezwzględnie udowodnione. Zdaniem Marfan'a istnieje u noworodka prawdopodobnie jakiś czynnik przeciwkrzywiczy, potrzebny do zatrzymania soli w kościach. Czynnik ten może ulec zniszczeniu pod wpływem zakażenia. Za najczęstszą przyczynę krzywicy uważa kiłę, wywołującą charakterystyczny zespół objawów krzywicy t. j. 1) krzywicy wczesnej przed 3 miesiącem, 2) czaszkowej, 3) połączonej z anemją i 4) z obrzękiem śledziony.

Zagadnienie gruźlicy ujmuje Marfan w następującą koncepcję: wszyscy ludzie dorośli w Europie są nosicielami ogniska gruźliczego, w którem pasorzytują prątki Kocha. Ognisko to nie przeszkadza, że są oni pozornie zdrowymi. Wszyscy oni uzyskali w dzieciństwie od 1—15 r. życia odporność wskutek jednego lub kilku zakażeń lekkich. Ta odporność wystarcza, aby organizm ich oparł się nowym zakażeniom pod warunkiem, że nie są one masowe i dość odległe. Ilekroć więc jest się świadkiem u dorosłego nosiciela, jak się rozwija gruźlica, tylekroć przeważnie nie można stwierdzić, że proces ten spowodowany został przez nowe zakażenia bakteryjne z zewnątrz — stąd wolno ejst przypuścić, że proces ten jest wynikiem samozakażenia przez prątki dawnego ogniska, które uległy rozmnożeniu i nabrały ofensywności, ponieważ dany osobnik utracił odporność.

Mówiąc o gruźlicy pozwolę sobie mimochodem wspomnieć o ostatnich sprawozdaniach Calmette'a w związku z jego metodą zapobiegania gruźlicy u noworodków, za pomocą szczepionki B. C. G. Otóż na podstawie dotychczasowego materjału, obejmującego 5.183 noworodków, stwierdza Calmette, że śmiertelność na gruźlicę wśród szczepionych dzieci, przebywających nadal w ognisku gruźliczem, a więc w rodzinie gruźliczej, — wynosiła w 1-ym roku życia 1,8%, podczas gdy ta sama śmiertelność u dzieci nie szczepionych i pozostających w środowisku gruźliczem wynosi przeciętnie 25%. Tak więc udało się Calmette'owi ochronić 23% noworodków w 1-ym roku życia od niechybnej śmierci na gruźlicę.

Przykładem bystrej obserwacji właściwej rasie latyńskiej jest zdolność indywidualizowania całego szeregu jednostek chorobowych. Do takich należy np. tężyczka (tetania), odkryta przez Corvisart'a, badana później przez Hutinel'a, Babonneix, Lesné, Lemaire'a. Ten ostatni zwrócił uwagę na *pyloro-* i *gastrospasmus*, jakoteż na zaburzenia charakteru. O ile badania pedjatrów francuskich uzupełniają się harmonijnie z odkryciami Eschericha i Chwosteka, o tyle nie zgadzają się one z wyodrębnioną „bronchotetanją" Lederera. Oprócz chemicznego określania wapnia we krwi znalazła w badaniu tężyczki ostatnio zastosowanie *chronaxia*, która w przypadkach tężyczki wykazywała przeważnie niestałość, co świadczy o braku uszkodzeń nerwowych lub mięśniowych, ale i o istnieniu zaburzeń fizjologicznych.

Choroby na tle zaburzeń gruczołów wydzielania wewnętrznego znalazły wytrawnego znawcę Lereboullet'a, który wprowadził do literatury różne typy zespołów klinicznych: infatylizm, nanizm, otłuszczenie przysadkowe, czyli zespół tłuszczowo płciowy *(adiposo-genitalis)*. Marcel Labbé przypuszcza istnienie 2 rodzajów zespołu adiposo-genitalnego: 1) pochodzenia przysadki, 2) pochodzenia jądrowego lub jajnikowego. Ostatnio zdaniem Lereboullet'a, badanie zespołów t. zw. przysadkowych w patologii dziecięcej dowodzi, to, że, z wyjątkiem akromegalji i pewnych stanów gigantyzmu patologicznego, większość zespołów przysadkowych pozostaje raczej w zależności od zaburzeń zachodzących w ośrodkach umieszczonych w podwzgórzu, niż w samej przysadce. Ośrodki te kierują rozwojem gruczołów płciowych i pośredniczą w dojrzewaniu płciowem i we wzroście. Oczywiście nie jest to dla poszczególnych zespołów klinicznych obojętne, że gruczoł przysadki przytyka ściśle do III. komory i do jej ośrodków. Nietylko guzy przysadki, ale i wydzielina jej może wpływać bezpośrednio na funkcje tych ośrodków.

Badania Camus'a i Roussy'ego przyczyniły się do ustalenia istnienia ośrodków w okolicy guza popielatego *(tuber cinereum)*, a mianowicie przekonały o ich znaczeniu w metaboliźmie wody, węglowodanów i tłuszczów i w rozwoju płciowym.

Mouriquand poruszył kwestję zespołów wielogruczołowych u dzieci *(syndromes pluriglandulaires)* i wykazał częstość przenoszenia się zaburzeń jednego gruczołu na drugi. Nobécourt opisał *obesitas post encephalitidem* jako niezależną od przysadki. Klinika Nobécourt'a również wykazała zaburzenia metabolizmu bazalnego w przebiegu obrzęku śluzowego.

Mówiąc o pedjatrji francuskiej niepodobna nie dotknąć choć w kilku słowach kwestji kiły wrodzonej, która w djagnostyce codziennej odgrywa tam rolę dominującą przypominając czasem szekspirowskie *barbers chair, that fits all buttocks....* Ale jest faktem, że o tem ważnem cierpieniu lekarze myślą, bo kiła jest niewyczerpanym tematem prac, dyskusji, demonstracji i konferencji. Pedjatrzy francuscy przyszli do przekonania, że w większości przypadków kiła wrodzona występuje pod maską innej choroby. Stąd płynie konieczność stałego czuwania w formie dokładnych wywiadów w kierunku przebiegu ciąży i porodu (poronienia, przedwczesne porody, nadmiar wód płodowych (*hydramnion*), stosunek wagi płodu i łożyska). Stąd również energja, jaką wkładają w prowadzenie kuracji, żądając długotrwałego, kilkuletniego leczenia. Po kompletnem zniknięciu objawów klinicznych i serologicznych, kiedy kiła stała się tajną, stosują następowo leczenie rtęciowe lub bizmutowe. Polecają również w razie istnienia zmian ze strony gruczołów wydzielania wewnętrznego stosowanie dodatkowo opoterapji. Dziecko kiłowe nie może być żywione piersią innej kobiety, każde dziecko kiłowe pozostaje długie lata w obserwacji lekarskiej.

Terapja w medycynie musi się opierać na tych samych zasadniczych przesłankach myślowych co i rozpoznanie i musi z niem pozostawać w ścisłym związku logicznym, stwarzając swoje wskazania według djagnostyki etjologicznej, fizjopatologicznej, symptomatycznej i wreszcie anatomicznej. Szkoła francuska stara się tej zasady wiernie trzymać, czego klasycznym przykładem jest choćby dzieło Martinet'a „Energétique clinique". Fakt ten ścisłego oparcia wskazań leczniczych na podstawach rozpoznawczych przyczynia się do zwalczania rozpowszechnionych wśród lekarzy różnego rodzaju form monomanji terapeutycznych *(vaccino, sero, jodo* i t. p. manji). Jest to zdrowy ferment, który może skutecznie przeciwdziałać autystycznym rodzajom myślenia w lecznictwie.

Za wyjątkiem kilku jednostek chorobowych, zresztą nielicznych i wyłącznie pasorzytniczych, do których zwalczania posiadamy specjalne środki, jak rtęć i arsen przeciw kile, chininę przeciw malarji, surowicę przeciwbłoniczą w dyfterji, i w których wskazanie lecznicze jest formalnie przyczynowe, w większości przypadków chorobowych nie zmiana chorobowa odgrywa główną rolę i nie ona kieruje naszą terapją, ale fizjopatologja i zaburzenie czynnościowe, czemu dali wyraz prof. Robin i prof. Grasset w swojej „Thérapeutique clinique". Domagają się oni od terapji, aby, świadcząc swoje usługi organizmowi choremu, zdążała nie do przystosowania się biernego, ale do pracy nad naprostowaniem zwichniętej czy zaburzonej funkcji.

Francuskie szpitale dziecięce (z małemi wyjątkami) robią w porównaniu z innemi instytucjami wrażenie skromne t. j. wyraźnie pozbawione t. zw. komfortu. Oszczędność stosowana do urządzeń szpitalnych, a przestrzegana gorliwie przez ciało lekarskie dowodzi wielkiego zrozumienia chwilowych potrzeb państwa. Naogół w szpitalach dziecięcych spotyka się wszędzie boksy w ich najrozmaitszych typach, i wszyscy pedjatrzy mają bezwzględnie do tej idei zaufanie.

Na czele szpitali stoją starsi ordynatorowie, często profesorowie lub docenci, z których każdy przeszedł przez większy lub mniejszy ogień konkursów. Jest rzeczą charakterystyczną dla umysłu francuskiego, ta lekkość, z jaką poddają się torturom

ciężkich konkursów, niezrażeni wielokrotnemi nieraz niepowodzeniami. Jest w tem ich narodowa tężyzna ducha, jest w tem ich — *le roi est mort, vive le roi!* Jest w tem wyraz głębokiego zrozumienia potrzeby walki w nauce, szlachetna *envie de combattre*, która jest rękojmią prawdziwego postępu zachodniego. Daleka od apatji i wagotonji charakteru, właściwej wschodowi, daleka od awantury, jak wreszcie daleka od wszelkiego tupetu parweniuszów naukowych. Kto walczy, musi być przygotowany na porażkę i nie ten jest shańbiony w tej walce kto legnie, ale ten co broń oddaje; nie ten shańbiony, kto fałszywie rozpozna chorobę ale ten, co nieciekawy stwierdzenia istotnej djagnozy, zaniecha zrobienia sekcji na zwłokach, nie walczy z własnemi wątpliwościami, zadowolony z siebie i skłonny przyjąć palmę, podobny do tego, *cui sit conditio dulcis sine pulvere palmae.*

Mimo skromnej zewnętrznej formy szpitali francuskich, doświadczone oko obserwatora nie zauważy braku czystości lub higjeny. Pod niepozorną zewnętrzną formą wszędzie znać życie wewnętrzne, *milieu interne*, wszędzie to wartościowe *dessous de qualité*, na które się składa czystość, celowość, obmyślenie, karność personelu, żywość i konkretność pracy.

Wzorowe urządzenia przedstawia szpital dziecięcy Hôpital St. Louis, l'annexe Grancher Dra Renault'a. Podczas gdy zazwyczaj sprawa wentylacji szpitala w ten sposób się przedstawia, że się stara albo tylko o wprowadzanie świeżego powietrza, albo tylko o wydalanie złego powietrza. Renault zastosował urządzenie, które przewiduje i jedno i drugie, a mianowicie: zapomocą wentylacji permanentnej, umożliwiającej stale odświeżanie powietrza i to $1^1/_2$ raza w przeciągu jednej godziny. Wskutek tego śmiertelność wśród chorych znacznie się zmniejszyła. W płonicy spadła z 7,3% na 2,5%, w odrze z 14,7% na 4,9%. Renault uzyskał również znaczne zmniejszenie zakażeń śródszpitalnych a to przez zaprowadzenie boksów. Liczba zakażeń domowych po zaprowadzeniu boksów spadła z 2,6% na 0,4%.

Jednem z najważniejszych zagadnień świata lekarskiego, a szczególnie pedjatrycznego we Francji jest s p r a w a w a l k i z e ś m i e r t e l n o ś c i ą o s e s k ó w. Z początkiem XX. w. śmiertelność osesków w stosunku do urodzonych dzieci wynosiła 16%, co równa się śmiertelności starców, którzy przekroczyli 80-ty rok życia. Ostatnie statystyki z 1920 r. wykazują poprawę na 9,8%. Za najgłówniejszą przyczynę śmiertelności uważa Marfan wątłość wrodzoną, kiłę i zaburzenia pokarmowe, związane z brakiem piersi. Ponieważ wątłość i kiła uprzedzają urodzenie dziecka — należało objąć w opiekę dziecko przed jego przyjściem na świat, a więc w czasie ciąży i nawet przed poczęciem. Jak każda nowa nauka, tak i eugenika spotyka się jeszcze z niedowierzaniem, jakkolwiek jest to wiedza, która budzi najlepsze nadzieje. Słowo, eugenic wprowadzone zostało przez Franciszka Galtona, założyciela laboratorjum eugenicznego w Londynie. Propaganda, skierowana przeciw alkoholikom, morfinistom i kokainistom, wpłynie niezawodnie na poprawę prokreacji. We Francji na czele Towarzystwa eugenicznego stoi Edmond Perrier, a jako wiceprezydenci Landouzy, Pinard, Houssay. Istnieje również katedra puerikultury.

Stworzono przytułki i stałe porady dla kobiet w ciąży, podobnie jak mutualités i kantyny macierzyńskie, jako twierdzę puerikultury wewnątrzmacicznej. Podjęto walkę o naturalne odżywianie osesków pod hasłem 4-rokrotnie mniejszej śmiertelności oseskÓw piersią karmionych. Podjęto walkę o ochronę pracy kobiet ciężarnych, przeciw egoizmowi, indyferencji i ignorancji, które przywilejom macierzyństwa stoją na przeszkodzie.

Już prawo Roussel'a z 1874 r. zapewnia opiekę prawną t. j. kontrolę prefektury nad wszystkiemi dziećmi, oddanemi na wychowanie, jakoteż nad zakładami prywatnemi czy publicznemi, które te dzieci do siebie przyjmują. Prefektowi pomocnym jest inspektor departamentu Opieki społecznej i oprócz tego szersze ciało urzędowe pod nazwą: Comité départamental des enfants du premier âge. Najnowsze ustawy opieki nad dzieckiem opierają się na t. zw. prawie Straussa i na prawie Drona. Rozszerzają one opiekę przymusową państwa na znacznie większe rozmiary. Podczas gdy prawo Roussel'a obejmowało 50.000 dzieci, to nowe prawa obejmują 350.000 dzieci. Aby oseskom pozbawionym piersi macierzyńskiej zapewnić jaknajlepsze warunki rozwoju, pedjatrja francuska nie kieruje ich na wychowanie do zakładów wychowawczych, ale skierowuje je na wieś, oddając na wychowanie do rodzin wieśniaczych. I dzieci i wychowawcy pozostają pod stałą kontrolą państwa, mianowicie miejscowego ośrodka wychowawczego, których cała sieć została w kraju przez państwo do życia powołaną. Są to t. zw. *„centres d'élévage"*, czyli *„centres de placement familial surveillé"* — wraz z przychodniami dla osesków i z ambulatorjami higjeny. Ośrodek taki znajduje się zwykle w miasteczku i w promieniu 2—3 km. obejmuje do 50 placements — zapewniając umieszczonym na wychowanie dzieciom stałą opiekę społeczno-lekarską przez nieustanny nadzór lekarza i pielęgniarek wizytujących.

Kontroli przewidzianej przez prawo Roussel'a podlegają wszystkie żłobki, „crèches", i „chambres d'allaitement", które obowiązkowo powstają z ramienia fabryk i większych magazynów dla wygody matek pracujących. Wzorowy żłobek w Galerji Lafayette'a od 9 lat istnienia nie miał żadnej epidemji. Instytucje zatrudniające 100 matek są obowiązane prawnie do utrzymywania żłobka.

Dla osesków i małych dzieci, które nie nadają się do leczenia szpitalnego, a które jednak ze względu na wątły stan zdrowia nie mogą być traktowane jak zdrowe, stworzono w Paryżu w Neuilly ośrodek higjeny dziecięcej, instytucję w rodzaju domu dla zdrowieńców pierwszego dzieciństwa.

Dla dzieci starszych zapewniona jest ochrona higjenistyczna w formie kolonji i obozów wakacyjnych. Champ de Mesnuls stanowi olbrzymie *„camp de vacances"* dla 700 dzieci.

Nauka pedjatrji francuskiej, jak wspomniałem, ma charakter indywidualny. Lekarzom francuskim robi się czasem zarzut, że do pewnego stopnia zaniedbują poznanie literatury zagranicznej. Jeżeli nawet jest jaka prawda w tym razie, to jest w tej „wadzie" także wielka zaleta — a mianowicie chęć utrzymania własnej indywidualności naukowej, a więc wiara we własne siły. Ta wiara wraz z wiarą w potrzebę walki w nauce, ciągłego doskonalenia się i szlachetnego współzawodnictwa jest podstawą bujnego rozwoju nauki francuskiej.

Jak w sferze nauki szła myśl lekarska pedjatrji francuskiej za szlachetną i niezawodną radą Seneki: si tibi vis omnia subicere, te subice rationi, i dlatego podbija narody — tak z drugiej strony praca społeczna pedjatrji francuskiej niosąc piętno walki z egoizmem, indyferencją i ignorancją, ma w sobie dowód gorącej wiary w boga państwa, na którego ołtarzu składa wszystkie wysiłki w zdobywaniu praw dla dziecka.

Jeżeli nauce lekarskiej francuskiej właściwa jest brawura wielkiej rewolucji, to niewątpliwie nauce lekarskiej polskiej nie jest obcą pewna brawura kawaleryjska. Czemże jest Biegański, ten *grand seigneur* myśli lekarskiej polskiej, jak nie lekarzem prowincjonalnym, którego brawura kawaleryjska rzuciła w otchłań wiedzy, zdawałoby się, dla lekarza prowincjonalnego nie do zdobycia, z której on wyszedł zwycięsko! Ta sama brawura kawaleryjska niosła przez życie wielkiego pedjatrę Brudzińskiego. A przecież nie należą oni do historji, ale żyją wśród nas, bo my ich myślami żyjemy! Dowodzą oni, że myśl lekarska polska ma swój charakter właściwy, charakter podobny pod względem brawury do charakteru myśli lekarskiej francuskiej. Czy nie w tem podobieństwie duchów leży zagadka odwiecznej sympatji tych dwóch narodów

Podkreśliłem, że praca społeczna świata lekarskiego francuskiego nosi charakter wiary w państwo. Otóż i pod tym względem świat lekarski polski dał dowód zrozumienia ducha czasu, bo każdy z lekarzy, co służył na wojnie przeżył na sobie tę głęboką ewolucję pojęć, skutkiem której dawne hasło *salus aegroti suprema lex* stało się niewystarczające. Zrozumieliśmy i przeżyli na sobie potrzebę nowej idei, której głęboki umysł Biegańskiego dał wyraz: *salus civitatis suprema lex* — i rozumiejąc tę myśl daliśmy dowód, że na równi ze światem lekarskim francuskim wierzymy w boga państwa.

Pedjatrja polska zawarła serdeczny sojusz ze światem pedjatrji francuskiej, a to dzięki oficjalnemu uczestnictwu prezesa polskiego Tow. pedjatrycznego, prof. Michałowicza, i kilku lekarzy na Zjeździe pedjatrów francuskich w Paryżu przed dwoma laty. Przez tę wielkoduszną inicjatywę dał prezes Tow. Pedjatrycznego wyraz zrozumienia tradycji polskiej kultury a Polskie Tow. Pedjatryczne, solidaryzując się z metodą pracy pedjatrów francuskich, chce być redutą w dziele obrony państwa, walcząc o czystość myśli lekarskiej i zdobywając prawa i przywileje dla dziecka.

OCENY.

Prof. H. M u c h. *Homeopatja.* Nakładem C. Kabitsch. Nr. 10. „Moderne Biologie", Lipsk 1926, str. 142.

Ostatnia, a 30 już z rzędu praca Mucha, według słów autora nie wyjaśnia całkowicie poruszanego tematu, lecz stara się jedynie dopomódz w tem czytelnikowi i pobudzić go do własnych myśli. Z tego też względu autor z góry spodziewa się, że przez 90% czytelników będzie ona źle zrozumianą. Sam autor nie jest homeopatą, lecz izoterapeutą, uważa jednak, że niema właściwie prawdziwych homeopatów; izoterapja wykazała zaś, że homeopatja nie jest

w swem założeniu fałszywą, dlatego też czuje się upoważnionym do zabrania głosu w sprawie homeopatji, w sprawie jej podstaw dla ich ugruntowania. Stara się przytem nie zburzyć homeopatji ani allopatji, ale obie je przebudować. Brak jest w książce ścisłego podziału, co jednak sam autor uważa za niemożliwe ze względu na poruszany temat.

Budowę fundamentów pod gmach homeopatji rozpoczyna Much od sceptycyzmu. Medycyna jest dziejami ludzkich błędów. Możnaby jeszcze dyskutować nad tem, czy jest ona nauką. Błądzi ten, kto uważa medycynę za naukę przyrodniczą, błądzi tem więcej, im mniej ma do czynienia z prawdziwą medycyną. Badacz pracowniany nie jest lekarzem; medycynę można jedynie poznać i ocenić, gdy się stoi przy łóżku chorego. Wtedy jednak musi się być sceptykiem w stosunku do wiedzy, która co kilka lub kilkadziesiąt lat zmienia swe szaty. Nie wiemy bowiem nic poza hipotezami i powracamy stale do konstytucji, której nie poznamy nigdy. Nie będzie on sceptykiem jedynie w leczeniu, które jednak zależnem jest w większości przypadków od zebranych obserwacji i doświadczenia, a niezależnem od t. zw. wiedzy. Niema zresztą środka leczniczego, któryby pomagał we wszystkich przypadkach.

Ponieważ zaś nasza wiedza teoretyczna stoi na słabych podstawach, pożądaną jest każda droga prowadząca do leczenia, a więc i homeopatja.

Homeopatja jest leczeniem zapomocą leków; zakres jej działania jest dość ograniczonym. Mała ilość stosowanego leku nie jest istotą homeopatji; ona jedynie pierwsza zauważyła racjonalność stosowania małych dawek, do tego samego jednak wniosku dochodzi już dziś każdy inny kierunek leczniczy. Istotę homeopatji stanowią jedynie 3 czynniki: lek, uprzednie wypróbowanie jego działania na zdrowym i jego ocena według reguły podobieństwa z tej próby wynikająca — konieczne, mimo, że homeopatja zresztą wcześnie zwróciła uwagę na różnicę w oddziaływaniu zdrowego i chorego ustroju. Homeopatja nie uznaje doświadczenia na zwierzęciu dla wypróbowania leków, w czem ma zupełną słuszność. Jest ona organoterapją, należą więc do niej jedynie te wszystkie środki, które działają bezpośrednio na narządy; niema natomiast ona nic wspólnego z leczeniem ustrojowem, które wymaga wypróbowania działania leków jedynie na chorym. Stąd też środki, nie dające u zdrowego objawów narządowych, nie należą do homeopatji, gdyby nawet działały na organizm chorego w najmniejszych dawkach. Niema więc homeopatji tam, gdzie nie da się porównać objawów chorobowych i lekowych — i ani leczenie pobudzające w znaczeniu Bierra, ani każde inne leczenie biologiczne nie należą do niej. Homeopatja wprowadza pozatem cały szereg własnych pojęć i pojęcia objawów obronnych ustroju (choroba obronna — „dodatnia") i objawów wypadania (choroba przy której pewne czynności wypadają — „choroba ujemna"), — tę drugą grupę chorób homeopatja z góry wyklucza ze swej dziedziny. Homeopatja dąży naogół do leczenia konstytucjonalnego, nastawia się jednak głównie na jeden bodziec, w czem popełnia ten sam błąd co allopatja.

Homeopatja ma również znaczenie rozpoznawcze. Rozpoznawanie homeopatyczne polega na tem, że pewne określone zespoły objawów chorobowych można usunąć jedynie zapomocą jednego tylko środka leczniczego, da się więc ono również zastosować jedynie w chorobach „dodatnich". Ponieważ zaś wartość rozpoznania ocenia się wynikającą z niego możliwością zwalczania lub leczenia choroby, przeto rozpoznanie homeopatyczne ma dużą wartość. Inne sposoby rozpoznawania, zwykle stosowane, a więc rozpoznanie przyczynowe, objawowe i rozpoznawanie preparatów uważa Much za niedoskonałe, jednostronne, stwarzające pojęcia sztuczne i nie dające naogół wskazówek co do określonego postępowania leczniczego.

Praca zupełnie oryginalnie ujmuje temat i porusza cały szereg zagadnień ogólnych. Co do strony literackiej książki, to stoi ona na wysokości zadania, jak zwykle prace Mucha: język piękny, barwny, żywy, porównania obrazowe. Mniej jest w niej natomiast stylu kaznodziejskiego, niż w innych jego pracach. Książka ciekawa pod każdym względem, o bogatej treści, zasługuje w zupełności na jej przeczytanie w oryginale i zmusi każdego do zastanowienia się nad wielu kwestjami medycyny.

J. Jasieński (Kraków).

Dr. Olgierd Krukowski. *Kręgarstwo jako nowa metoda lecznicza.* Wilno 1926. Stronic 120 z 25 rycinami. Cena kartonowane 7'20 zł.

I Szaweł wstąpił do grona proroków. Tym cytatem z biblji należałoby rozpocząć recenzję książki dra Krukowskiego o kręgarstwie. Dr. Krukowski, którego poznaliśmy we Lwowie jako sumiennego badacza chorób zakaźnych, który badał płonicę, nagminne zapalenie opon mózgowych i etjologję duru osutkowego, hodując na własnem ciele tygodniami setki wszów zakażonych, sprzeniewierzył się zasadom medycyny szkolnej i leczy kręgarstwem wszelkie choroby wewnętrzne, nerwowe i rozmaite inne cierpienia. Lecz i tu zamiłowanie do pracy naukowej okazuje autor przez książkę wydaną własnym nakładem, a omawiając w niej kręgarstwo jako naukę lekarską stara się uzasadnić tę metodę w zmianach anatomo-patologicznych kręgosłupa i następowych zaburzeniach czynnościowych nerwów rdzeniowych. Kręgarstwo polega nietylko na masażu kręgosłupa i jego okolicy, lecz na rozmaitych ruchach i niekiedy, jak sam autor przyznaje, brutalnych zabiegach na kręgach, celem ich odchylenia, nastawienia lub odkręcenia, wychodząc z założenia, że wszelkie choroby i dolegliwości uważać należy za następstwo ucisku nerwów rdzeniowych w otworach międzykręgowych i to bądź z powodu ucisku, osiadania się, fałszywego ustawienia, bądź też wykręcenia się kręgów. Że leczenie podobnemi zabiegami pomóc może w przypadkach nerwobólów międzyżebrowych, w gośćcu stawów kręgowych, oraz kości biodrowych, krzyżowej i ogonowej, a nawet gośćcu mięśniowym, chcę wierzyć drowi Krukowskiemu. Jeśli autor uprawia kręgarstwo jako jedyny i odrębny sposób leczenia i z wyrobioną już wprawą i doświadczeniem osiąga niewątpliwie dobre wyniki w przypadkach przewlekłych gośćców, w wszelakich nerwicach i uporczywych zaburzeniach czynnościowych, to korzystne te wyniki przypisać należy więcej psychoterapji, zależnej nie tyle od obranej metody, co od osoby lekarza; albowiem zaufanie do lekarza jest częstokroć może najskuteczniejszem lekarstwem.

Skoro zaś czytamy, że i wady sercowe i niedomogę serca, wrzód trawienny żołądka i dwunastnicy, kamienie nerkowe i żółciowe, zaburzenia oczne i głuchotę, ba — nawet choroby zakaźne i gruźlicę płuc, choroby skórne i wszelkiego rodzaju krwotoki leczy się skutecznie zabiegami kręgarskiemi, to ten rodzaj leczenia wkracza już w dziedzinę znachorstwa, partactwa lub zwykłego humbugu amerykańskiego. Ameryka jest też ojczyzną i szkołą kręgarzy (zwących się tam chiropraktykami), gdzie prócz kręgarstwa znalazły szerokie zastosowanie i wiarę także inne dziwaczne metody lecznicze, jak leczenie modłami i t. p. Niezbyt rzadko też słyszymy, że różni szalbierze lecząc wszelakie choroby jedną metodą, jak kąpiele z gliny, pewne stałe zabiegi albo pewna stała maść lub zioła i t. p. osiągają nawet w uporczywych i zadawnionych cierpieniach wyniki pomyślne. Tajemnica tego powodzenia leży w tem, że są oni dobrymi psychoterapeutami. Wychodząc z tego punktu widzenia nie zaszkodzi nam lekarzom dyplomowanym i mężom nauki, nauczyć się niejednego od takich uzdolnionych partaczy. Taką drogę obrał dr. Krukowski, popadając jednak w końcową jednostronność. Lecz jak nas słuchy dochodzą, cieszy się ten lekarz znakomitem powodzeniem w stolicy państwa. I to jest jedną zagadką dobrego powodzenia. Dziwnie przedstawia się n. p. rycina 7. w książce Krukowskiego, dająca obraz ciała ludzkiego, podzielonego na przeszło 80 pól z szczegółowem wyliczaniem, które z 28 par nerwów rdzeniowych należy przez zabiegi kręgarskie zwolnić, by uleczyć cierpienia umiejscowione w tych licznych polach ciała ludzkiego. Mimowoli przychodzi nam przytem na pamięć figura, używana przez chińskich lekarzy, a zawierająca 367 znaków, w które należy wkłuwać zimne lub rozżarzone igły, celem uleczenia rozmaitych chorób i cierpień. Byłoby może właściwszą rzeczą przemilczenie takiej książki niżli poświęcenie dla niej recenzji w Gazecie lekarskiej. Jednak prof. Abraham Flexner w Nowym Jorku powiada, że nauką zwiemy nietylko matematykę, ale dążenie ludzkości do pomnażania, rozszerzania i zorganizowania naszej wiedzy; a przecież Gazeta lekarska jest organem naukowym.

Dr. J. Fels (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

Vol. XI. Nr. 4. January 1926.

W. P. Stowe: *Wartość rozpoznawcza zawartości cukru w płynie mózgordzeniowym.* Autor przebadał 106 przypadków, które podzielił na 7 grup, a mianowicie: 1) 10 przypadków z prawidłowym stanem płynu mózgordzeniowego, 2) 15 przyp. różnego rodzaju schorzeń układu nerwowego, 3) 15 przyp. schorzeń nieneurologicznych, jak uraemia, *hyperthyeosis*, 4) 15 przyp. kiły systemu nerwowego (*paralysis progressiva*, *tabes* i *lues cerebrospinalis*,) 5) 20 przyp. *encephalitis lethargica*, 6) 21 przyp. *meningitis tuberculosa*, 7) 10 przyp. *meningitis purulenta*, oznaczając cukier w płynie mózgordzeniowym (w niektórych przypadkach kilkakrotnie) metodą Dolina-Wu i doszedł do następujących wniosków: 1) Zawartość cukru w prawidłowym płynie mózgordzeniowym jest

znacznie wyższa, aniżeli zapodawana dotychczas we wcześniejszych pracach autorów francuskich oraz amerykańskiego badacza Dostera i wynosi przeciętnie około 75 mg cukru na 100 cm płynu; 2) Przy gruźliczem zapaleniu opon ilości cukru w płynie są znacznie wyższe, niż przy ropnem zapaleniu opon, niższe natomiast od spotykanych przy wszelkich innych chorobach, i wynoszą przeciętnie około 30 mg. %; 3) W przypadkach płynu ropnego pochodzenia zapalnego zawartość cukru obniża się tak znacznie, że w niektórych przypadkach spada w pewnych okresach choroby do 0 mg %; w przypadkach zaś płynu ropnego pochodzenia niezapalnego np. w przyp. guzów mózgu z martwicą albo krwotokiem w pobliżu komór i z następowem ropieniem, zawartość cukru jest prawidłową, co stanowi zarazem dowód, że obecność ciałek ropnych w płynie mózgordzeniowym nie jest przyczyną redukcji zawartości cukru w tymże. 4) Przy kile układu nerwowego, letargicznem zapaleniu mózgu i innych neurologicznych i nieneurol. schorzeniach z wyjątkiem wyżej omówionych odchylenia od normy przeciętnej są tak nieznaczne, że nie mają żadnego znaczenia rozpoznawczego.

Herman Spitz: *W jaki sposób możemy się najlepiej przyczynić do wypełnienia celów, określonych przez artykuł drugi statutu naszego towarzystwa?* American Society of Clinical Pathologists. Artykuł zawodowo lekarski.

Charles M. Gruber: *Farmakologja alkoholów benzylowych oraz ich estrów. V. Badanie nad wpływem farmakologicznym szczawianu benzylosodowego „benzycin“ i fosforanu dwubenzylosodowego „benzyphos“ na układ oddechowy i sercowo-naczyniowy.* Szczawian sodowobenzylowy jest rozpuszczalny we wodzie przekroplonej i w płynie Ringera o ciepłocie 24.6° C w stosunku 1 g soli na 2 ccm cieczy. Fosforan dwubenzylosodowy jest rozpuszczalny we wodzie przekroplonej o ciepłocie 24.6° C w stos. 1 g soli na 6 ccm wody, jednak dodatek soli wapniowych powoduje wypadnięcie soli z roztworu w postaci kłaczkowatego strątu. Stąd wynika nierozpuszczalność tego środka w płynie Ringera oraz we krwi. Oba środki drażnią przejściowo, a we wielkich dawkach porażają ośrodek oddechowy. Oba środki wstrzykiwano psom (68 dośw.), kotom (8), królikom (17). Podwyżkę parcia krwi uzyskano u psów w przeszło 67% dośw. zapomocą szczawianu, a w 35% dośw. zapomocą fosforanu. W pozostałych przypadkach następowało albo natychmiastowe obniżenie parcia krwi lub też spadek po przejściowej podwyżce. Podobne wyniki uzyskano w doświadczeniach na królikach i kotach. Śródotrzewnowe zastrzyknięcie szczawianu sodowobenzylowego powoduje u kotów nagły wzrost parcia krwi, rozszerzenie źrenic i przyśpieszenie oddechu. Po nagłym przyroście parcia krwi następuje zwykle jeszcze dalsza powoli postępująca podwyżka; w nielicznych natomiast przypadkach zauważono spadek parcia krwi. Fosforan dwubenzylowy powoduje również szybki wzrost parcia krwi lecz potem następuje stałe spadek parcia. Dożylne zastrzyknięcie obu środków powoduje zwiększenie objętości jelit i nerek, a zmniejszenie objętości kończyn. Pletysmograf i myokardjograf wykazują po zastrzyku dożylnym wielkich dawek rozszerzenie serca, zwolnienie pracy serca a w końcu porażenie mięśnia sercowego; małe dawki natomiast zwiększają napięcie i siłę skurczów mięśnia sercowego. Doświadczenia eksperymentalne z perfuzją na wyciętem sercu wykazują również pobudzające działanie tych leków w małych dawkach, a porażające we większych dawkach. Oba leki wywołują w małych dawkach rozszerzenie tętnic wieńcowych, a zwężenie po wielkich dawkach. Wywołują one zwykle także rozszerzenie naczyń jelit i nerek, a zwężenie naczyń mięśni. W ogólności stwierdzono że fosforan dwubenzylosodowy jest więcej trujący i co za tem idzie — wybitniej porażający tkanki niż szczawian benzylosodowy.

J. J. Lemann and R. T. Liles: *Glikoliza przy zmiennych poziomach cukru we krwi.* Glikoliza zmniejsza się, jeżeli poziom cukru we krwi podnosi się, i to nietylko przez zjedzenie glukozy (lub innych pokarmów) lecz także przez dożylne wlewanie glukozy. Pozornie specyficzne zachowanie się glikolizy we krwi chorych na cukrzycę jest prawdopodobnie raczej ilościowym poziomem cukru we krwi, niż jakościową właściwością krwi. Podawanie insuliny nie zmienia charakterystycznego zachowania się glikolizy tak we krwi zdrowych, jakoteż chorych na cukrzycę. Szczawian potasu, dodawany do prób krwi jako środek przeciwdziałający krzepnięciu krwi, wywiera nieznaczny wpływ hamujący na glikolizę.

R. W. French: *O barwikach leczniczych. I. Mercurochrome — 220, soluble.* Równolegle ze wzrostem zapotrzebowania merkurochromu, którego wyrób nie jest patentem chroniony, poczęły się pojawiać pod powyższą nazwą wytwory wątpliwej wartości. Autor podaje szereg charakterystycznych cech fizykochemicznych, które pozwalają odróżnić prawdziwy merkurochrom od falsyfikatów: 1) Merkurochrom 220, preparat rozpuszczalny jest to sól dwusodowa dwubromohydroxcymerkuryfluoresceiny, łatwo i zupełnie rozpuszczalna we wodzie, a nierozpuszczalna w wyskoku. 2) Naogół przedstawia się jako substancja składająca się z zielonkawych niby — kryształków i łusek. 3) Po dodaniu kilku kryształków do stężonego kwasu siarkowego wytwarza się żółty roztwór, z którego po rozcieńczeniu wodą wypada jasnopomarańczowy strąt. Dodatek 10% roztworu wodnego wodorotlenku sodowego nie wywołuje zmian. 4) M. badany spektrofotometrycznie w stęż. 10 cz. barwika na 1000 cz. moderatora fosfor. o PH = 7,0 wykazuje maksimum absorpcji we falach długości 512 ccm, podczas dwubromofluoresceina ma swoie maksimum przy 504,8 ccm, a eozyna przy 516 ccm, co świadczy również o pokrewieństwie chemicznem m. z grupą fluoresceiny. 6) Przy analizie chemicznej merkurochromu ciężar rtęci powinien wynosić nie mniej niż 24, a nie więcej niż 26%.

R. W. French: *O barwikach polychromowych. I. Namiastka barwika Giemsa'y.* Składa się z 1,250 gm eozyny, 1,250 gm. błękitu metylowego, 0,750 gm. azotu metylowego a (Mac Neal), 0,250 gm fioletu metylowego (Bernthsen), 375,0 ml. absolutnego alkoholu metylowego i 125,0 ml. bezwodnej gliceryny.

Wiliam H. Stoner: *Przyczynki w sprawie podstawowej przemiany materji. VIII. Tabele wymiarów powierzchni ciała, obliczane zapomocą formuły Du Fois.* Ponieważ każdorazowe obliczanie wymiarów powierzchni ciała danego osobnika przy badaniu podstawowej przemiany materji wedle reguły Du Fois wymaga pewnej wprawy w logarytmowaniu, tabela zaś wartości, którą zestawił Sanborn dla wysokości od 140 do 200 cm w odstępach co 5 cm i dla wagi od 30 do 150 kg w odstępach co 1 kg, jest niedostateczną z powodu zbyt dużych odstępów, a zbyt małej rozciągłości, przeto autor podaje w 5 tabelach wymiary powierzchni ciała ludzkiego dla osobników od 110 do 200 cm wysokości i od 20 do 110 kg wagi w odstępach co 1 cm i 1 kg.

Pearl L. Kendrick i Dora Jenks: *Stałość wzorcowego antigenu Kohna.* Badania autorów wykazują, że antigen Kohna jest względnie stałym produktem, który można przechowywać w ciepłocie pokojowej w ciemności przez dłuższe okresy czasu. Częsta cholesterynizacja alkoholowych wyciągów jest niepotrzebna.

Wiliam Royal Stokes i C. Leroy Ewing: *W sprawie wyposażenia przy zbieraniu surowicy przez lekarzy w celu badania przy zaciemnionem polu widzenia w przypadkach podejrzanych na kilę.* Uwagi co do techniki postępowania.

Wiliam P. Holbrook i Howard D. Haskins: *O kwasie moczowym we krwi.* Autorowie przebadali prócz roztworów o znanej zawartości kwasu moczowego krew 55 osób normalnych i 25 szpitalnych przypadków zapomocą trzech metod: metody strącania zapomocą chlorku cynku (Morrés i Macleod); met. strącania zap. mleczanu srebrowego (Folin i Wu); bezpośredniej metody Folin-Benedict'a i doszli do następujących wniosków: 1) Metoda cynkowa daje zbyt niskie wyniki. 2) Metody srebrowa i bezpośrednia są dokładne, o ile tylko zawartość kwasu moczowego we krwi oznaczanej wynosi 4 mg % lub więcej; dlatego autorowie radzą dodawać do przesączu badanej krwi oznaczoną ilość kwasu moczowego. 3) Metoda cynkowa o modyfikacii autorów nadaje się jako dokładny i tani sposób kontrolny. 4) Prawidłowa zawartość kwasu moczowego we krwi 55 osobników wahała się od 1,5 do 3,7 mg %; wynosiła zatem przeciętnie 2,4 mg %.

Frederic Proescher i Albert S. Arkush: *Metoda barwienia komórek czerwonych w całości zapomocą zasadowych barwików anilinowych.* Opis metody przewyższającej podobno sposób barwienia Missla.

W. L. Vogel: *Metoda odróżniania grup krwi, przy której wymagana jest tylko jedna znana grupa.* Wobec wzrostów częstości przelewań krwi autor zajął się uproszczeniem metody odróżnienia grup krwi. Technika próby jest następująca: Do jednej probówki (średnicy 7 mm, wysokości 10 ccm) odmierza się 0,2 ccm surowicy krwi II. grupy i 0,2 ccm ciałek krwi nieznanej; do drugiej takiej samej probówki daje się 0,2 ccm surowicy krwi nieznanej i 0,2 ciałek krwi II. grupy. Po dokładnem zmięszaniu zawartości obu probówek przez wstrząsanie umieszcza się je na łaźni wodnej o ciepłocie 37° C na przeciąg dwuch godzin, poczem bada się na aglutynację. Autor załącza tabelkę orjentacyjną, z której wynika, że:

1) Jeżeli aglutynacji niema w żadnej probówce, to nieznana krew należy do grupy II. — 2) Jeżeli aglutynacja nastąpiła w obu probówkach to krew badana należy do gr. III. — 3) Jeżeli aglutynacja wystąpiła tylko w pierwszej probówce, to krew badana należy do grupy I. — 4) Jeśli wreszcie tylko druga probówka wykazuje aglutynację, to krew nieznana zalicza się do grupy IV.

Dr. Goertz (Lwów).

American Journal of Ophtalmology.

1925 Nr. 9.

Stefansson: *O nowym zabiegu operacyjnym w przypadkach jaskry.* Autor przedstawia nowy sposób operowania jaskry, którego zadaniem jest stałe drenowanie przedniej komory. Technika zabiegu przedstawia się dosyć prosto, a mianowicie po oddzieleniu płata spojówkowego otwiera sie przednią komorę na przestrzeni bardzo wąskiej, aby móc wsunąć do niej złoty drucik wydrążony w środku w postaci cienkiej rurki. Rurka ta w postaci litery T ramionami górnemi zaczepia się pod spojówkę, która ponad niemi przygaja się. W ten sposób tworzy się stałe komunikacje przedniej komory z przestrzenią podspojówkową, która zapobiega podniesieniu się ciśnienia wśródocznego. Autor w dalszym ciągu przytacza kilkadziesiąt przypadków operowanych w taki sposób i wyniki pomyślne, określa na 78, — 12%. Reszta mniej dobrych wyników była skutkiem następowych nieprzewidzianych komplikacji już po okresie wygojenia się. Przy końcu zachęca Autor do stosowania tej metody i czynienia ścisłych obserwacji.

Donald Hunter O'Rourke: *Zmiany oczne u królików na skutek wstrzykiwania w ar. carotis comm. lipin — protc. Odtłuszczonych bakterji gruźliczych.*

Autor posługiwał się typem zwierzęcym *(Typus bovinus)* z którego sporządzał wyciągi różne, a mianowicie, wyciąg alkoholowy po oczyszczeniu i przefiltrowaniu nazwany (A), wyciąg eterowy (B) wyciąg eterowy bakterji zabitych kwasem solnym (C) i końcowy produkt tych przetworów w postaci odtłuszczonych bakterji. Produkty tych przetworów oznaczone literami (ABC) wstrzykiwał do tętnicy szyjnej wspólnej królikom i spostrzegał, że przy użyciu produktu B i C powstawały typowe gruzełki. Natomiast produkt A nie wywoływał żadnych zmian, a jeśli to bardzo nieznaczne i niecharakterystyczne. Produkt D okazywał się niezwykle jadowitym powodował po największej części śmierć królików, i powodował również pewne zmiany oczne, które w pewnych przypadkach przypominały gruźlicę, a w innych natomiast zgoła jej nie przypominały.

Karelus (Kraków).

Medicinische Klinik.

Nr. 48.

Stock: *Gruźlica oka (części dodatkowych). C. d.* Gruźlica spojówki wydarza sie rzadko (albowiem nieuszkodzona spojówka stanowi dostateczną zaporę dla prątków gruźliczych) wydarzyć się może w przypadkach lupus twarzy, również, nie wykluczona jest droga przerzutu. Kliniczny obraz gruźlicy spojówki wyraża się w postaci rozległych owrzodzeń krwawiących lub też w postaci polipowatych narośli. W otoczeniu spotyka się szeregi mieszkowatych gruzełków. Leczenie po większej części chirurgiczne, a w przypadkach zbyt rozległych owrzodzeń naświetlanie promieniami Roentgena, przyżeganie kwasem mlecznym i t. d.

Gruźlica przewodu łzowego i woreczka łzowego powstaje najczęściej drogą przerzutu lub *per continuitatem* od strony nosa. Leczenie tylko chirurgiczne.

Gruźlica gruczołu łzowego (choroba Mikulicza) występuje równocześnie z gruźlicą gruczołów ślinowo-przyusznego i podjęzykowego, (podobny obraz spotyka się przy leukemji i pseudoleukemji). Przebieg dobrotliwy.

Gruźlica oczodołu najczęściej powstaje na zewnętrznym brzegu oczodołu powodując odwrócenie i przykurczenie powieki. Z operacją plastyczną należy tak długo czekać, aż proces całkowicie się nie wygoi. Gruźlica w głębi oczodołu pojawia się rzadko i kończy się zawsze śmiertelnem zejściem. *(Mening. tbc.).*

Karelus (Kraków).

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

Nr. 9. 1926.

Prof. Katsunuma (Nagoya — Japonja): *Funkcja komórkowa i odczyn oksydazowy.* Paweł Ehrlich pierwszy w roku 1885 zwrócił uwagę na odczyn oksydazowy. Pierwotne badania jego polegały na określaniu własności oksydacyjnych i redukujących zbioru komórek pewnych narządów zwierzęcych. W następstwie odczyn ten stosowany był w celu stwierdzania fermentów oksydacyjnych w wyciągach rozmaitych narządów.

Badania te stwierdziły, że odczyn oksydazowy powodowany jest przez wyciąg komórkowy, zaś osocze ustrojowe w odczynie nie przyjmuje udziału, czyli, że roznosicielami tlenu są tylko pewne ziarenka protoplazmatyczne komórki. Jest to cenna metoda dla różniczkowania elementów limfatycznych od szpikowych (jak wiadomo, oksydazy zawierają się w neutrofilach, w limfocytach zaś lipazy).

Na skrawkach zamrożonych odczyn oksydazowy wybitnie występuje w komórkach ważnych dla życia ustroju, gdy w tkankach podrzędnych (w tkance łącznej) odczyn ten bywa ledwo zaznaczony. W nabłonkach migawkowych, nitkach nasiennych, w wydzielniczych i rezorbcyjnych elementach kanalików nerkowych, w układzie mięśniowym, w pączku Hisa, w układzie nerwowym, stwierdza się pewną równoległość pomiędzy ważnością funkcji narządu, a zawartością oksydaz. W komórkach zwojowych, w zakończeniach nerwów, jako w bardziej zróżniczkowanych elementach, zawiera się więcej oksydaz, niż we włóknach nerwowych, przeprowadzających podniety. Odczyn oksydazowy komórek zwojowych spostrzegać się daje dopiero w miarę rozwoju zarodka i stopniowo się wzmaga począwszy od rdzenia przez półkule mózgowe aż do okolicy czołowej, co odpowiada wynikom studjów psychologicznych nad rozwojem sił umysłowych. Macica i mięśnie pochwowe okazują znaczniejsze wzmożenie odczynu oksydazowego podczas ciąży. W tkance śródkomórkowej jądra osobnika dorosłego i dziecięcego odczyn oksydazowy bywa nieznaczny, natomiast wybitnie występuje w jądrze zarodkowem oraz w jądrze osobnika tuż przed okresem pokwitania. Ciekawym jest fakt, że w samem jądrze nitki nasienne nie okazują odczynu oksydazowego, natomiast odczyn dodatni okazują one, zacząwszy od najądrza — epididymis —, coby przemawiało zatem, że nabłonki najądrza dostarczają plemnikom swoistej własności funkcjonalnej.

W miarę starzenia się osobnika maleje odczyn oksydazowy. Objawy starzenia się pod względem odczynu oksydazowego spostrzegać się daje u pewnych osobników już w 50 roku życia. Zabiegi odmładzające Steinacha osnute są na czasowem wzmożeniu oksydazowych własności tkanki śródkomórkowej.

Zmniejszenie się odczynu oksydazowego spostrzega się w sprawach infekcyjnych. Za pomoca odczynu tego daje się określić wydolność oksydacyjną komórek.

W białaczce szpikowej, oraz we krwi zarodka stwierdził mówca płytki Bizzozera, obładowane ziarenkami oksydazowemi. W sztucznej anemji u zwierząt mega-karjocyty szpiku kostnego zawierają obfitą ilość ziarenek oksydazowych, a że płytki Bizzozera również wówczas obfitują w ziarenka oksydazowe, należy przypuścić, że płytki powstają z megakarjocytów. Wśród drobnoustrojów tlenowce zawierają oksydazy, zaś beztlenowce są pozbawione oksydaz. Stwierdzono pewien związek pomiędzy respiracją komórkową, a katalizatorem żelazowym z jednej strony, zaś z drugiej strony pomiędzy respiracją komórkową, a odczynem oksydazowym, co upoważnia do wniosku, o istnieniu pewnego związku między zawartością żelaza w tkankach, a odczynem oksydazowym. W ostatnich też czasach na odczyn oksydazowy zapatrują się bardziej, jako na katalityczne działanie żelaza, niż jako na odczyn fermentacyjny.

Dr. Puterman (Sosnowiec).

Medizinische Klinik.

Nr. 13.

J. Zange: *Ciała obce przewodu oddechowego i przełyku.* Odczyt kliniczny.

O. Minkowski: *Leczenie cukrzycy insuliną.* Zestawienie i krytyczne omówienie obecnego stanu badań nad cukrzycą i jej leczeniem.

Langer-Witkowsky: *Badania roentgenologiczne nad zdrową i chorą cewką moczową.* Autorzy podają nową metodę roentgenografji cewki moczowej, która pozwala na zdjęcia zwężeń, przetok, zachyłków, wykazanie nacieków i t. d. oraz kontrolę wyników leczenia. Jako płynów kontrastowych używali „jodipyny" Mercka 20% do wstrzykiwań, a 15—25% „Umbrenalu" Kahlbauma dla wypełniania pęcherza przy zdjęciach części tylnej w czasie oddawania moczu. Załączone zdjęcia.

E. Kraus: *Rola międzymóżdża w patogenezie „dystrophia adiposo-genitalis".* W przypadku, którego opis dokładny podaje autor, wystąpiło otłuszczenie typu eunuchoidalnego w przebiegu przewlekłej sprawy zapalnej umiejscowionej ściśle na dnie III. komory, o charakterze nieswoistym. Przypadek ten przemawia za słusznością Erdheimowskiej teorji genezy mózgowej otłuszczenia typu Fröhlicha.

Schönstadt: *Zasady operacji kiszki ślepej.* W osądzeniu ciężkości schorzenia rozstrzygającem jest zachowanie tętna i napięcia powłok. U kobiet konieczne jest przed operacją badanie na dwoinki rzeżączki. Przy zabiegach w okresie wolnym od napadów i w ostrych przypadkach, w których wyrostek nie przedstawia większych zmian, należy natychmiast zamknąć jamę brzuszną. Najlepiej nadaje się tu cięcie pararektalne. Gdy stwierdzi się zmia-

ny większe w wyrostku, zamknąć jamę otrzewnową, przeciągnąwszy nitki przez powłoki, które dopiero po kilku dniach wiąże się. Po stwierdzeniu rozlanego zapalenia otrzewnej wprowadzić trzeba dren przez Douglaza (u kobiet) lub krocze; w ten sposób umożliwione są przepłukiwania roztworem NaCl.

Sondermann: *Znaczenie ciśnienia ujemnego w schorzeniach dodatkowych jam nosowych.* Ciśnienie ujemne winno znaleść zastosowanie w leczeniu i rozpoznawaniu schorzeń jam dodatkowych. Działa 1) przez usuwanie wydzieliny 2) wytwarzanie przekrwienia.

Neumann: *Nowy przenośny aparat do odmy piersiowej.*

A. Luger-Lauda: *O oxychromatycznych zmianach w jądrze komórkowem.*

Opitz-Jung: *Celowa forma podawania wapna.* „Optisal" (Kalzium-natrium zitrat) jest środkiem, o wypróbowanem działaniu. Przez dodanie składowej sodowej wzmaga się zasadowość krwi co jest prawdopodobnie powodem lepszego wchłaniania.

Landau: *Leczenie gruźlicy narządów wewnętrznych promieniami Roentgena.* Referat poglądowy.

Nr. 14.

F. Krause: *Dzisiejsza chirurgja mózgu.*

C. Garre: *50 lat chirurgji wola.*

H. Kümmell: *50 lat chirurgji jamy brzusznej.*

A. Meyer: *Rozwój chirurgji płuc.*

Rosenstein-Köhler: *Próby leczniczego zwalczania porażenia jelit przez ostrzykiwanie zwoju trzewiowego.* Autorzy próbowali zapobiegać porażeniu jelit przez działanie preparatem nikotynowym (111 Kahlbaum) na zwój trzewiowy (g. coliacum). Po licznych próbach zastosowano w 3 przypadkach, w których wystąpiło porażenie jelit w związku z zapaleniem otrzewny. Wstrzykiwano drogą podaną przez Kappisa, podając 3—5 mg nikotyny w 30—50 cm płynu. Trudno wytłumaczyć sposób jej działania; zdaje się, chodzi tu o czasową przewagę n. błędnego. Doświadczenia, z ośrodkami innemi nie dały wyników.

V. Blum: *Aseptyczna cystoskopja.* Należy unikać forsowania, aby nie uszkodzić błony śluzowej; pęcherz po zabiegu należy opróżnić a używane przyrządy winny być jałowe. Ostatni warunek da się spełnić przez użycie cystoskopu, z optycznym układem dającym się wygotować. (Firma Leiter J. Wiedeń).

F. Heilborn: *Czy możliwem jest wpływanie na zapalenie wsierdza wrzodziejące wzgl. posocznicę przez wycięcie śledziony?* Obrzęk śledziony zakaźny, nie zawsze jest odczynem obronnym, lecz może być czynnikiem etjologicznym dla dalszego trwania zakażenia szczególnie w pewnych przypadkach *endocarditis ulcerosa* wzgl. *lenta.* W tych przypadkach korzystną winna być splenektomja, gdyż zapobiega trwałej reinfekcji a równocześnie stanowi bodziec dla układu siateczkowo-śródbłonkowego. Wskazaniem winno być większego stopnia zajęcie śledziony szczeg. zawały i ropienie. Autor podaje opis 2 przypadków własnych.

F. Orthner: *Przypodstawna zgorzel wyrostka robaczkowego.* W 5 spostrzeganych przypadkach zgorzeli przypodstawnej wyrostka robaczkowego bole były bardzo nieznaczne, co odnosi autor do łatwego wycieku ze światła wyrostka do jelita.

W. Schmitt: *Naciek „epituberkuliczny".* (Das epituberkulöse Infiltrat). Referat poglądowy.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie. Rok XXXVIII, zeszyt 10. z 15 maja 1926. Prof. Dr. W. Sieradzki: W 35 lecie działalności naukowej Prof. Dr. Leona Wachholza. — Prof. Mario Carvara Turyn: Rana cięta — kłuta szyi. Samobójstwo czy morderstwo. — Prof. Dr. Albin Haberda, Wiedeń: Sekcje sądowe na prowincji. — Prof. Dr. Balacs Konyeres. Budapeszt: Znaczenie rzeczowego i planowego postępowania przy badaniu przypadków śmierci gwałtownej. — Prof. Dr. Etienne Martin, Lyon: O tatuowaniu dzieci. — Prof. Dr. Strassmann i Dr. W. Weidmann, Berlin. Otrucie arsenem a otłuszczenie narządów. — Prof. Dr. S Talwik, Dorpat: Niezwykły kształt otworu wlotu pocisku na czaszce. — Prof. Dr. Ryszard Zeynek, Praga: Kilka spostrzeżeń tyczących się barwodajnej grupy barwika krwi. — Dr. Bajeński: Przypadek obojnactwa wrzekomego. — Dr. M. Ciećkiewicz: O śmierci nagłej trzech osób w Tatrach. — Prof. Dr. W. Grzywo-Dąbrowski: Tajemnica lekarska. — Doc. Dr. J. Glatzel: Z kazuistyki ciał obcych w odbycie i odbytnicy. — M. Goldman: Dwa przypadki skombinowanego samobójstwa przez postrzał i utopienie. — Prof. Dr. S. Horoszkiewicz: Przyczynek do otruć połączeniami fluoru. — H. Kaczyński: Z badań nad techniką mikroskopową włosów. — S. Łagma: O otrzymaniu surowicy precipitującej metodą Fujiwara. — A. Maciąg i J. Olbrycht: Niezwykłe powikłanie wrzodu trawiennego żołądka. — K. Mayer: Badanie roentgenowskie i radowe w otruciach. — K. Mikulski: Kilka uwag o zatruciu nowokainą. — Prof. J. Olbrycht: Badania doświadczalne nad wartością histologicznej rpóby płucnej u zweglonych noworodków. — A. Piotrowski: Trzy przypadki nietypowych samobójstw przez postrzał. — T. Pisarski: Z kazuistyki uwięźnięć kamieni moczowodowych. — J. Robel i J. Olbrycht: O trującem działaniu węglanu barowego na kury. — F. Siedlecki: Methemoglobinaemia w przypadku śmiertelnego zatrucia luminalem. — Prof. S. Schilling-Siengalewicz: Badanie doświadczalne nad niektóremi własnościami fizykalno-chemicznemi surowicy precipitującej. — St. Śmieszko: Ze studjów nad precipitynami. J. Szulisławska: Przypadek samobójstwa przez powieszenie w niezwykłej pozycji. — J. Szulisławska i Tobiczyk: Refraktometrja w diagnostyce śmierci z utonięcia. — Doc. J. Szymanowicz: W sprawie nagłej śmierci w okresie płodzenia. — J. Wróblewski: Dwa przypadki otrucia dwuchromianem potasu.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 19 stycznia 1926.

Przewodniczący prezes prof. Sawicki.

Obecnych członków 67.

1. Kol. Filiński demonstruje 2 chorych z bielicą *(vitiligo)* nabytą od słońca.

W dyskusji kol. Trzciński podnosi że *vitiligo* daje plamy różnej wielkości aż do bardzo dużych, ale te plamy są bardzo nieforemne o brzegach nieprawidłowych. Przypadki demonstrowane można raczej odnieść do leukodermatozy, zasadniczo należących do objawów patognomonicznych przymiotu. T. obserwował przypadek powstania leukodermatu po wessaniu się wykwitów łuszczycy. Gdyby insolacja mogła wywołać leukodermat — byłoby to faktem wielkiej wagi, ale w danych przypadkach należy przedewszystkiem wyłączyć lues.

Kol. Hordyński spostrzegał, że europejczycy w strefach podzwrotnikowych mają często wyjątkowo białą skórę.

2. Kol. Landau przedstawia chorego z ciężką postacia moczówki cukrowej — leczonego insuliną.

3. Kol. Kiełkiewicz przedstawia dwa przypadki kamicy moczowej: pierwszy przypadek kamicy moczowodowej, drugi — nerkowej. Oba przypadki stanowią rzadkość i osobliwość kliniczną, obie bowiem chore mają tylko jedną nerkę, i właśnie na tej jedynej nerce były dokonywane ciężkie zabiegi operacyjne.

Pierwszy przypadek dotyczy 50-letniej kobiety, operowanej z powodu bezmoczu, wywołanego uwięźnięciem trzech kamieni w moczowodzie, w części jego krzyżującej się z żyłą biodrową wspólną. Po usunięciu kamieni drogą operacyjną — chora wyzdrowiała.

Drugi przypadek dotyczy kobiety 25-letniej która wkrótce po lewostronnej nefrektomji, spowodowanej kamicą powikłaną roponerczem, dostała objawów kamicy prawostronnej. Po usunięciu kilku kamieni tkwiących w kielichach, chora wkrótce przyszła do zupełnego zagojenia.

4. Prof. K. Orzechowski wygłosił rzecz p. t. „W sprawie zmiękknienia kości, w szczególności jego lekkich postaci".

W dyskusji kol. Goebel komunikuje że u siedmiu chorych na osteomalację przeprowadzono siedemnaście badań w różnych okresach tego schorzenia. Badania te, których celem było, rozstrzygnięcie zagadnienia, czy w czasie osteomalacji występuje zakwaszenie ustroju, powodujace następczo odwapnienie kości, — wykazały iż w czasie osteomalacji rzeczywiście występuje kwasica: 1) Współczynnik azotu w moczu ulega zawsze zwiększeniu, przyczem u jednej i tej samej chorej w okresie pogorszenia stanu chorobowego występuje zwiększenie tegoż wskaźnika, w okresach zaś znacznej poprawy — powrót do normy. W jednym z przypadków, najlżejszym klinicznie, wysokość tego współczynnika była znacznie niższa niż w przypadkach cięższych. 2) Zasób zasadowości krwi w czasie zmięknienia kości spada bardzo znacznie. 3) Ilość wapnia wydalonego z moczem idzie równolegle z nasileniem choroby i stopniem zakwaszenia. 4) Zarówno z ilości *S* obojętnej, jak i bezpośredniego oznaczenia azotu i kwasów oksyproteinowych,

wynika, że wymienione kwasy biorą udział w zakwaszeniu, powodującem zmiękninie kości.

5) Ilość kwasów organicznych moczu rozpuszczalnych w eterze, zmniejsza się znacznie w okresie poprawy. 6) 3 badania przeprowadzone po wytrzebieniu chorych (stan ich uległ wówczas znacznej poprawie) wykazały że w okresie tym ustąpił stan zakwaszenia: badania krwi i moczu wykazały wówczas stosunki zupełnie normalne.

Kol. Drozdowicz podkreśla decydujące znaczenie roentgenodjagnostyki w nieco dalej posuniętych przypadkach osteomalacji — zwłaszcza tam, gdzie już doszło do nieznacznych choćby zniekształceń kości. Okresy wczesne, z zaczątkami zaledwie odwapnienia dają obrazy mało miarodajne i zbyt podległe subjektywizmowi badającego.

Prof. Gluziński nie uważa za usprawiedliwione, aby mówić o epidemicznem występowaniu osteomalacji, z pojęciem tem bowiem łączymy podkład zakażenia. Kol. Orzechowskiemu zawdzięczamy zwrócenie uwagi na objawy, których mało lub wcale nie brano w rachubę, a dzięki którym jesteśmy w stanie przypadki te rozpoznać i leczyć. Odnośnie do leczenia przypuszcza G. że choćby się dało we wszystkich przypadkach wykazać „zakwaszenie" — to etjologja tych przypadków jest różna, a różnorodność ta wpływa też na nasze postępowanie lecznicze. Zdaniem G. odgrywają tu poważną rolę gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem. U kobiet w okresie przekwitania G. obok objawów, które Orzechowski podaje jako charakterystyczne dla osteomalacji, są także cechy nadmiernej otyłości, a więc obok ustawania czynności jajników widzimy hypofunkcję gruczołu tarczykowego. W przypadkach tych obok podawania fosforu z tranem dopiero podawanie preparatów gruczołu tarczykowego dawało pożądany skutek. W każdym przypadku należy brać pod uwagę etjologje — a leczenie będzie skuteczniejsze.

Kol. Higier zgadza się w głównych zarysach z poglądem referenta, że często zapoznaje się u nas zmięknienie kości, i że przy dobrych chęciach rozpoznanie jest nietrudne. Niestety roentgenografja ułatwia rozpoznanie jedynie w późniejszych okresach. Co do osteoartropatji głodnych czasu wojennego, H. miał możność demonstrowania w okresie 1916—21 kilkakrotnie szeregu przypadków, a następnie opisania tychże w „Lekarzu Wojskowym" i „Gazette des Hopitaux". Na czynnik zakaźny nie było danych, niewątpliwym jednak był czynnik głodowy, który H. sprowadzał do zaburzeń w dziedzinie wydzielania wewnętrznego, — do awitaminozy, za czem, zdawałoby się, przemawiała poprawa pod wpływem lepszego odżywiania, tranu i fosforu. H. chętnieby rozróżniał tę osteomalację, bardzo zbliżoną do *rachitis tarda,* która jednocześnie z nią wybuchła podczas wojny, od osteomalacji podręcznikowej kobiecej, ze stałem rozmięknieniem kości, skróceniem tułowia, zwężeniem miednicy i złamaniami samoistnemi, które jednocześnie demonstrował w r. 1918. H. podtrzymuje też dawne mniemanie co do częstości osteomalacji poronnej, i co do identyczności anatomopatologicznej *rachitis tarda* i *ostomalacia praecox.,* mniemanie, któremu nowsze badania histologiczne (Loeser, Pammer, Schmorl) dają coraz poważniejszą podstawę.

Prof. Orzechowski nie przypisuje większego znaczenia roentgenografji, bo zniekształcenia i bez niej można wykazać. Rysunek i zawartość wapniowa kości, mogą być pozornie prawidłowe przy kości zupełnie odwapnionej i dającej się krajać drewnianym nożykiem. Co do wyników Goebla miałby zastrzeżenia, bo możliwe jest, że podobne stany zakwaszenia zdarzają się w pewnych nerwicach wegetatywnych, z któremi ostatecznie zmięknienie kości jest bardzo spokrewnione. Z drugiej strony, ponieważ kwasica długotrwała w cukrzycy nie prowadzi do zmięknienia, należy podkreślić moment konstytucyjny, wskutek którego, kościec osteomalatyczek, jako osobników cierpiących, na pewien stan jakby niedorozwoju kośćca, łatwiej oddaje wapień w stanach kwasicowych, niż kości osobników, z konstytucjonalnie normalnym układem kostnym. W odpowiedzi na uwagi Gluzińskiego, przyznaje że termin endemji, jest może narazie najwłaściwszy, jednak osobiście nie wyklucza ani w osteomaleji, ani też w tężyczce gromadnej, czynnika zakaźnego. Objawy wielogruczołowe, same przez się, narzucają obok tranu i fosforu, jako leczenie pomocnicze, organoterapję, zwłaszcza tyreoidynę u osteomalatyczek otyłych. Przytacza taki uporczywy przypadek powikłany objawami Basedowa i psychoastenicznemi, bardzo szybko wyleczony tyreoidyną. Jako klinicysta popiera Higiera, zwłaszcza że przeważna część anatomo-patologów stoi obecnie na stanowisku ujednostajnienia krzywicy i zmięknienia kości; natomiast w ocenie obrzęków głodowych w-zmięknieniu zaleca przezorność, bo obrzęki należą do przeciętnego obrazu objawowego w osteomalacji jakiegokolwiek pochodzenia.

Posiedzenie kliniczne w dniu 26 stycznia 1926.

Obecnych członków 75.

Przewodniczący prezes prof. B. Sawicki.

1) Kol. S. Łyskawiński przedstawił przypadek białaczki szpikowej typu przewlekłego u 12 letniej dziewczyny. Chora w stanie ciężkiej anemji, po przebytym silnym krwotoku kiszkowym, przy 800.000 czerwonych a 1,200.000 białych krwinek, przy zupełnie charakterystycznym dla białaczki szpikowej obrazie krwi, zostaje poddana leczeniu naświetlaniami Roentgena. Po zastosowaniu zaledwie 4 naświetlań, zarówno stan ogólny chorej jak i miejscowe wymiary śledziony uległy znacznej poprawie. Podkreślając ten pomyślny zwrot, prelegent zdaje sobie sprawę, iż jest to poprawa tylko przejściowa, po której nastąpi znaczne pogorszenie. Na szczególną uwagę zasługuje przypadek powyższy ze względu na wiek pacjentki.

2) Kol. Kołodziejski wygłosił rzecz p. t. *„Chirurgja układu współczulnego".*

3) *Dyskusja* nad odczytami o układzie współczulnym:

Kol. K. Tokarski. Prelegent z dziedziny anatomji nerwu współczulnego patrzy na zwoje Meissnera i Auerbacha jako na zwoje współczulne, natomiast prelegentka z dziedziny kliniki — uważa je za oddzielną autonomiczną jednostkę w przewodzie pokarmowym. Sprzeczność polega na tem,że prelegentka idzie drogą Langley'a, który twierdzi że niema anatomicznego połączenia nerwu błędnego i sympatycznego z powyższemi zwojami — wobec czego wydziela je w oddzielny „enteric system". Mówca zaś anatomji stoi na stanowisku że aczkolwiek styczność powyższa nie jest jeszcze stwierdzona, — ale stwierdzona będzie, gdyż tak każe nam przypuszczać rozumowanie. Istnieją liczne i codzienne spostrzeżenia, przemawiające za łącznością pomiędzy uniesieniem, wzruszeniem umysłu podniecającem, a szczególnie przygnębiającem i organami wewnętrznemi o wydzielaniu wewnętrznem. Jakież są te drogi połączenia między psyche a trzewami. Przyroda przeskoków nie zna. Brak równowagi w układzie współczulnym wywiera wielki wpływ na umiejscowienie i czynność jadów, trucizn. Jednostki z brakiem równowagi współczulnej mają odmienne powinowactwo, chłonność, tropizm względem leków. Zadane w celu poronienia jednorazowo 2.5—3.00 chininy sprowadza utratę wzroku na kilka dni, a tymczasem chore z basedowizmem znoszą duże dawki chininy bez powikłań. Znam osobnika, cierpiącego na chromanie przestankowe, który bezkarnie bierze 15 gramów chininy, co mu sprawia ulgę na 6 godzin, gdy dawka śmiertelna chininy wynosi 10—11 gramów. Ogłoszone są przypadki gdzie dwaj chorzy w celach zapobiegawczych w astmie oskrzelowej zastrzykiwali sobie adrenalinę, — jeden 800 wstrzyknięć rocznie, drugi w ciągu 13 lat 31.000 zastrzyków bez żadnej szkody dla układu naczyniowego. Należy też poruszyć sprawę czy adrenalina działa tylko w injekcjach czy też doustnie. Sprawa chirurgicznego leczenia dusznicy bolesnej jest opartą na śliskich i wiotkich podstawach, gdyż np. Bergman twierdzi, że dusznica bolesna powstaje nie z powodu ischemji lecz wskutek wzmożonego ciśnienia wewnątrz naczyń wieńcowych serca.

Kol. Z. Sławiński zabiera głos w sprawie chirurgji układu współczulnego obwodowego, przypomina że na Zjeździe chirurgów w 1922 r. w sprawie tej były referaty kol. Glatzla z Krakowa i Byszewskiego z Warszawy. W ciągu 4 lat na oddziele mówcy wykonano 32 sympatektomje na kończynach w rozmaitych cierpieniach z bardzo różnemi wynikami. Najbardziej wyraźny wynik dodatni był w kilku przyp. z owrzodzeniami troficznemi kończyn, w których albo wystąpiło zagojenie albo znaczna poprawa. Nie daje żadnego wyniku natomiast sympatektomja w przyp. *endarteritis obliterans,* w zgorzelach, gdzie nawet po zabiegu sprawa się posuwa szybciej.

Kol. Sterling-Okuniewski prosi prof. Modrakowskiego o wyjaśnienie czy dobrze go zrozumiał, iż dawki atropiny, stosowane w klinice, są zbyt małe i należałoby w patologji ludzkiej używać większych dawek. St.-Ok. w szeregu przypadków o wybitnie zaznaczonej wagotonji podawał atropinę w dawkach, przepisanych przez naszą farmakopeę z wynikiem wyraźnie dodatnim, przypuszcza więc, iż stosowanie dotychczasowych dawek jest w wielu razach zupełnie wystarczające.

Co do wykładu Dra Goreckiego, Sterling-Okuniewski — jest zdania, iż z punktu widzenia biologicznego należy stanowczo odróżniać wstrząs anafilaktyczny, jako zjawisko, występujące po powtórnem wstrzyknięciu ciał białkowych, od wstrząsu anafilaktoidalnego, spostrzeganego po wielu preparatach farmaceutycznych.

Co do chirurgji, to nie wszystkie próby stosowania zabiegów chirurgicznych mają dosyć uzasadnienia. Jeśli naprzykład w dusz-

nicy bolesnej, zabieg ma usunąć tylko ból a nie wpłynąć na samo cierpienie, to należałoby się raczej zastanowić, czy nie lepiej pozostawić ból jako objaw zasadniczy sprawy chorobowej. Z chwilą usunięcia tego objawu choremu na dusznicę bolesną może grozić większe niebezpieczeństwo bez hamulca, jakim jest ból, aniżeli właśnie przy działaniu tego hamulca.

Kol. Laskowski: W uzupełnieniu referatu kol. Skubiszewskiego omówić trzeba sprawy nowotworowe układu wegetatywnego. Na zasadzie embrjogenezy; podzielić je można na: 1) złośliwe, spotykane u dzieci — sympatogonioma i sympatoblastoma, 2) dobrotliwe, występujące również i u starszych osobników, ganglioneuroma. Obecność półek sympatogonicznych jest cechą charakterystyczną pierwszej kategorji, drugiej zaś powtórzenie niedokładne budowy zwojowej. Punktem wyjścia tych nowotworów jest okolica przykręgosłupowa. Oprócz tego istnieją guzy zbudowane z elementów obwodowych, t. zw. nerwiaki bezmyelinowe, opisywane w przewodzie pokarmowym i może najczęstsze w wyrostku robaczkowym (w związku z t. zw. karcynoidami — Masson).

Następnie podkreślić należy pewien stosunek układu wegetatywnego do spraw nowotworowych. Ilustrują go następujące fakty:

1) obecność włókien nerwowych, wykrytych przez Itchikawę i Uwatoko w guzach ludzkich,

2) przyspieszenie wzrostu guzów doświadczalnych u królików po przecięciu nerwów współczulnych (Itchikawa i Kotzareff, Rémond i Sendrail),

3) gromadzenie w sokach pod wpływem działania nerwów autonomicznych jonów, które mają znaczenie dla wzrostu nowotworowego (sympatyczny — Ca, parasympatyczny — K.). Jony Ca hamują ten wzrost K zaś wzmagają go poza doświadczeniami, świadczy o tem stosunek zawartości K w utkaniu guzów złośliwych (wysoki) i Ca dobrotliwych (niski).

4) Rzadkie występowanie nowotworów u osobników z nadczynnością tarczycy i odwrotnie częstość ich i złośliwość w stanach jej niedomogi,

5) stwierdzenie przez Morgolina u osobników rakowatych w 77% stanu wagotonicznego, względnie osłabienie całego układu anatomicznego.

Ostatnio Itchikawa wspomina o artykule Grekowa, dotyczącym neurektomji, jako środka leczniczego w nowotworach. Tak więc piśmiennictwo upoważnia nas do przypuszczenia, że pewne wpływy, hamujące lub sprzyjające, układu nerwowego w stosunku do terenu nowotworowego lub nawet samego nowotworu są do pomyślenia, a przynajmniej, że mogą one mieć pewne uzasadnienie teoretyczne i doświadczalne.

Kol. Pręgowski podkreśla zbyt teoretyczny charakter odczytów; przy terapji cierpień układu współczulnego należy nie tylko zwracać uwagę na drogi obwodowe tego układu, ale i na jego właściwe ośrodki nerwowe. Pręgowski za angielskim lekarzem Chapmanem stosuje zabiegi wodne na okolicę kręgosłupa w cierpieniach czynnościowych układu współczulnego. Pr. wątpi aby naokoło komórek nerwowych współczulnych istniała, jak to podawał kol. Skubiszewski, torebka, oraz zaznacza, że doszedł do przekonania, iż wspomniana, przez kol. Skubiszewskiego zmiana w komórce nerwowej znana w Niemczech pod nazwą „Schrümpfung" jest zmianą słabszą, aniżeli zmiana druga, „Schwellung", i stanowi często w stosunku do tej ostatniej okres pierwszy.

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół z posiedzenia naukowego odbytego dnia 3 lutego 1926 r.

Przewodniczący prof. Majewski.

Obecnych 117 członków.

Po odczytaniu protokołu z posiedzenia odbytego dnia 27. I. b. r. przewodniczący przypomina o mającym się odbyć w dniu 4. II. 1926 balu lekarskim urządzanym przez Bibljotekę medyków, pod egidą Twa lekarskiego, prosi o poparcie i agitację jaknajusilniejszą. Przyjęto na nowych członków kol. Leona Koraniewicza i kol. Henryka Grossfelda.

Kol. Teodor Marchlewski wygłasza odczyt p. t.: „*Współczesna genetyka w świetle nowych badań*".

Referent przedstawił zarys współczesnych poglądów na mechanizm dziedziczenia uwzględniając przedewszystkiem wyniki badań szkoły Morgana. Snując obraz t. zw. chromosomowej teorji dziedziczności oparł się na cytologicznych i statystycznych danych, tłumaczących istotę determinacji płci. Następnie wychodząc od t. zw. cech sprzężonych z płcią, przedstawił elementarny przykład jednoczesnego istnienia kilku cech sprzężonych z płcią w jednej istocie i zarys wymiany allelomorfów w homologicznych chromosomach t. zw. „crossing over".

Wreszcie w kilku słowach dyskutował znaczenie wyników współczesnej nauki o dziedziczności dla praktyki rolniczej i problemu konstytucji w patologji, oraz dla rozwoju poglądów na ewolucję gatunków.

W dyskusji kol. prof. Godlewski podnosi, znaczenie problematu wartościowości chromosomów dla teorji dziedziczenia. Wiązanie genów z chromosomami jest niezmiernie modne, ale dowody na monopol chromosomów w tym kierunku są wszystkie pośrednie, niema do dziś dowodów wprost argumentujących.

Charakter więc ich jest hypotetyczny. Dalej zwraca kol. Godlewski uwagę na wyodrębnione stanowisko dziedziczenia spraw chorobowych, o ile jest mowa nie o cechach teratologicznych. Sprawy chorobowe są równowartościowe z cechami somatycznie nabytemi. Cechą istotną dziedziczną może być tylko usposobienie do chorób.

W dalszej dyskusji przemawiali kol. prof. Klecki i referent, który przytoczył przykłady dalsze uważane za dowód chromosomowej teorji dziedziczenia t. j. zachowanie się ustępujących cech wtedy, gdy homologiczne ich chromosomy ulegają eliminacji. Zaznaczył, wreszcie, iż wyniki szkoły Morgana stanowią poważny krok naprzód w nauce, który zachowa swą wartość nawet gdyby się miało okazać, iż chromosomy nie stanowią jedynego miejsca lokalizacji genów.

NEKROLOGJA.

† Ś. p. KAROL WERNER.

W Śniatynie zmarł 14 maja b. r. w 84 roku życia senior lekarzy małopolskich, emerytowany starszy lekarz powiatowy, ś. p. Dr. Karol Werner. Urodzony w r. 1843 w Tywonji obok Jarosławia, wychowanek Almae Matris Jagellonicae z czasów kiedy tam wykładali Dietl, Madurowicz, Czyrniański i inni współcześni, po krótkim pobycie w szpitalu lwowskim jako sekundarjusz, obejmuje w r. 1867 stanowisko lekarza powiatowego w Śniatynie i pozostaje na niem bez przerwy do roku 1905, w którym przechodzi w stan spoczynku. Nie przerywa jednak swej działalności lekarskiej i czynnym jest prawie do ostatnich dni przed śmiercia, zatem przez 59 lat.

Wrodzone zdolności, postępowanie w ślad za rozwijającą się wiedzą lekarską i olbrzymie doświadczenie zrobiły z Niego znakomitego lekarza praktycznego, znanego szeroko na całem Pokuciu i na Bukowinie. O niezłomnej woli, nieskazitelnym charakterze i głębokiej wiedzy był dla młodszych kolegów swoich najlepszym przyjacielem i doradcą, a dla cierpiącej ludzkości dobrodziejem, który o każdej porze, i w każdych okolicznościach niósł jej pomoc i dobrą radę.

Jak dalece wysoko stawiał swój obowiązek lekarski i jakiemi uczuciami był powodowanym względem cierpiących, dowodzi najlepiej następujący fakt: Sam już obłożnie chory, na tydzień przed śmiercią, wezwany do ciężko chorego zwlókł się z łoża, a na przedstawienia rodziny i lekarza ordynującego odpowiedział: „Jam już nie z tego świata, a to młody człowiek, który potrzebuje żyć".

Pomimo uciążliwej pracy zawodowej bierze czynny udział w życiu społecznem. Były uczestnik powstania z r. 1863, gorący patrjota i najlepszy obywatel Ojczyzny, pracuje w Radzie powiatowej, w Sokole i w Radzie gminnej nad kulturalnem podniesieniem powiatu. Ofiarność Jego przyczyniła się w niemałym stopniu do ugruntowania ochronki dla sierót SS. Felicjanek, Bursy dla chłopców i utrzymania w stanie obecnego posiadania Tow. gimn. Sokół. Za jego inicjatywą i na Jego niezmordowane starania wybudowano szpital w Śniatynie. Ostatniem dziełem Zmarłego było poparcie akcji przeciwgruźliczej w tutejszym powiecie, której ś. p. Karol Werner był gorącym orędownikiem.

Nie wielu może spojrzeć na prawie 60 lat praktyki poza sobą. 60 lat ciężkiej, mozolnej i owocnej dla drugich pracy na powiecie. Nie wielu też cieszy się tem zaufaniem, które przypadło w udziale Zmarłemu. Wiadomość o Jego śmierci okryła żalem i żałobą całą okolicę. Ludzie całowali Jego stopy, kiedy leżał cichy na łożu śmierci. Miasto uczciło Go honorowym pogrzebem, w którym wzięły udział tłumy ludności miejscowej i okolicznej, a ogólny płacz towarzyszył Jego doczesnym szczątkom, które Sokoli na swoich barkach zanieśli na miejsce wiecznego spoczynku.

Nie umarł jednak cały. Przykład Jego pracowitego, surowego i nader skromnego życia pozostanie na zawsze w duszach Tych Wszystkich którzy Go znali. Cześć Jego pamięci.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Dowiadujemy się, że termin VI. Zjazdu Psychjatrów polskich w Krakowie został odłożony do dni 27, 28 i 29 czerwca r. b.

XXIII. Zjazd Chirurgów polskich odbędzie się w Warszawie w dn. 8, 9 i 10 lipca r. b. Jako tematy programowe obrano: 1) leczenie chirurgiczne wola i choroby Basedowa, 2) ostre zapalenie kości. Uprasza się o możliwie wczesne nadsyłanie tematów odczytowych z dołączeniem krótkiego ich streszczenia. Termin ostateczny nadsyłania prac — 10 czerwca r. b. Korespondencję należy kierować pod adresem sekretarza Zjazdu Lewensterna, Warszawa, Wspólna 62.

Kraków:

Wielce zasłużony jako antropolog i jako lekarz prof. dr. Juljan Talko-Hryncewicz obchodził d. 11. czerwca b. r. pięćdziesięciolecie doktoratu. Obchód odbył się bardzo uroczyście w sali wykładowej stworzonego przez Jubilata Zakładu antropologicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w dawnem Collegium juridicum. Oprócz licznego grona profesorów Wydziału lekarskiego i filozoficznego U. J. oraz młodzieży uczestniczyli w obchodzie umyślnie przybyli przedstawiciele Instytutów antropologicznych ze Lwowa, Poznania, i Warszawy. Składając Jubilatowi życzenia, wręczył Mu dziekan Wydziału lekarskiego U. J. imieniem tego Wydziału i Senatu akademickiego dyplom doktora „honoris causa" U. J., nadanego Jubilatowi jednomyślną uchwałą obu tych ciał, dziekan Wydziału filozoficznego U. J. prof. Siedlecki — uroczysty adres od tego Wydziału, prof. Wrzosek z Poznania — takiż adres od tamtejszego Wydziału lekarskiego i wydawnictwo jubileuszowe, zdobne wizerunkiem Jubilata. Od Polskiej Akademji Umiejętności, której Jubilat jest członkiem czynnym, przemawiał prof. Hoyer, od Instytutu antropologicznego Warszawskiego Towarzystwa naukowego — prof. Stołyhwo, dalej składali życzenia przedstawiciele Instytutu antropologicznego ze Lwowa. Bratniej pomocy i Bibljoteki medyków U. J., Koła akademickiego młodzieży kresowej, wreszcie uczniów Jubilata, którzy wręczyli Mu jubileuszowy zeszyt „Przeglądu antropologicznego". Nadeszły z różnych stron telegramy i pisma gratulacyjne, m. i. od Uniwersytetu wileńskiego.

Czcigodnemu Jubilatowi, który od dziesiątków lat był zawsze serdecznie życzliwym i wiernym współpracownikiem „Przeglądu lekarskiego" w zakresie lekarskim i społecznym (pod pseudonimem J. Jlg.), składa Redakcja „Polskiej Gazety lekarskiej", stanowiącej kontynuację „Przeglądu lek.", ze swej strony najszczersze dzięki za stałą życzliwość, wyrazy hołdu i życzenia: „ad multos annos!".

Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiel. na rok 1926/27 wybrany został Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniw. Jana Kazimierza na rok 1926/27 wybrany został Prof. Dr. Antoni Cieszyński.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, 16 b. m. o 8,15 wiecz. posiedzenie naukowe. Na porządku dziennym: Dr. Leuchter: „Kiedy należy uważać rzeżączkę męską za wyleczoną"?

Lwów.

Program I. Wojewódzkiego Zjazdu Przeciwgruźliczego we Lwowie. I. Wojewódzki Zjazd Przeciwgruźliczy we Lwowie odbędzie się w przededniu II. Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, to jest dnia 10. września b. r. Otwarcie Zjazdu nastąpi w auli Uniwersytetu Jana Kazimierza w gmachu posejmowym punktualnie o godz. 9. Powitań żadnych nie będzie. Porządek dzienny obejmuje: przed południem: Publiczne posiedzenie Wojewódzkiej Komisji Walki z gruźlicą w auli Uniwersytetu J. K. w gmachu posejmowym, po południu: Obrady Zjazdu w sali wykładowej kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dr. Romana Renckiego. Publiczne posiedzenie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą otworzy w auli Uniwersytetu J. K. punktualnie o godzinie 9. Wojewoda lwowski P. Dr. Paweł Garapich. Do zabierania głosu w dyskusji i do głosowania upoważnieni są tylko członkowie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą. Przedmioty obrad: 1. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia Komisji. 2. Sprawozdanie z działalności Komisji i jej Komitetu Wykonawczego za czas od czerwca 1925 do września 1926. Sprawozdawca: Dr. Mikołajski. 3. Ruch chorych w Przychodniach przeciwgruźliczych w Województwie lwowskiem w latach 1921—1926. Ref. Dr. Mosler. 4. Walka z gruźlicą w mieście Lwowie. Ref. Dr. Węgrzynowski. 5. Kolonje wakacyjne, wypoczynkowe i lecznicze, zorganizowane w Województwie lwowskiem. Ref. Dr. Kuhn. 6. Organizacja walki z gruźlicą w miasteczkach i gminach wiejskich. Referenci: Dr. Chuderski, Dr. Dorosz, Dr. Jarocki, Dr. Świątkowski. Zamknięcie posiedzenia Komisji o godz. 12.30. — Obrady Zjazdu w klinice chorób wewnętrznych Prof. Dr. Romana Renckiego. Początek punktualnie o godz. 15. 1. Zwiedzenie Oddziału walki z gruźlicą w klinice. Objaśnień udzieli Prof. Dr. Rencki. 2. Leczenie sanokryzyną gruźlicy płuc. Ref. Prof. Dr. Rencki. 3. Zadania przychodni przeciwgruźliczych, Ref. Doc. Dr. Sabatowski. 4. Śmiertelność z gruźlicy we Lwowie w latach 1911—1926, Ref. Dr. W. Legeżyński. 5. Gruźlica wśród funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin we Lwowie (na podstawie ruchu chorych w Przychodni dla funkcjonarjuszy państwowych. Ref. Dr. Jarocki. 6. Roentgenoterapja gruźlicy krtani: Ref. Dr. Zalewski i Dr. Zabłocki. Zakończenie obrad o godz. 19.

Ze świata.

W szpitalu morskim w Berek (Francja) w czasie od 19 do 31 lipca r. b. odbędzie się szereg 13 wykładów z zakresu gruźlicy kostnostawowej i gruczołowej oraz z zakresu ortopedji praktycznej. Wykłady prowadzić będzie naczelny chirurg szpitala Dr. Z. Sorrel za pomocą i współudziałem swych asystentów. Porządek wykładów jest następujący: 1. Choroba Potta. 2. Zapalenie stawu biodrowego. 3. Gruźlica stawu kolanowego. 4. Gruźlica kostna i kostnostawowa stopy. 5. Gruźlica łopatki, łokcia i napiętka. 6. Gruźlicze zapalenia kości wogóle. 7. Badanie preparatów anatomicznych i radjograficznych. 8. Zapalenia kostne i kostnostawowe niegruźlicze. 9. Uwagi ogólne o cierpieniach kostnostawowych i gruczołowych. 10. Krzywica. 11. Zwichnięcie biodra wrodzone. 12. Leczenie szpotawości. Leczenie ortopedyczne i chirurgiczne paraliżu dziecięcego. 13. Leczenie ortopedyczne i chirurgiczne choroby Little'a. Wykłady będą się odbywały w porze popołudniowej; ranki przeznaczone są na zajęcia praktyczne i badania kliniczne, operacje, wykonywanie przyrządów i t. p. — Opłata wynosi 250 franków. Informacji bliższych udziela Dr. Delahaye — Hopital Maritime Berek Plage (P. de C.).

Zmarli.

Jan Kolumna-Hattowski, b. prezes i członek honorowy Tow. „Sokół polski" w Petersburgu, działacz społeczny dużych zasług, zmarł w Warszawie dnia 25 kwietnia 1926 r.

Piotr Skwara — lekarz wolno-praktykujący w Ostrowcu z. Radomskiej zmarł 19 maja 1926 r. Żył 67 lat.

Wacław Dobrowolski — naczelny lekarz Szpitala Polskiego Czerwonego Krzyża zmarł w Warszawie dnia 1 maja 1926 r. Żył lat 45.

Matylda Piotrowska — zasłużona działaczka społeczna na Kresach (w Humaniu na Ukrainie) zmarła w Włocławku dnia 2 maja 1926 w 54-tym roku życia.

Ignacy Sochacki — lekarz naczelny Pogotowia Ratunkowego, bardzo czynny i energiczny członek Zarządu i pisarz Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, członek Zarządów: Zrzeszenia Lekarzy Kasy chorych m. Warszawy i Zrzeszenia Lekarzy w Warszawie, zmarł w Warszawie w 52 r. życia dn. 17 maja 1926 roku.

Wincenty Rybka — lekarz miejski, szkolny i lekarz Kasy Chorych w Wyszkowie nad Bugiem, zmarł tamże dnia 26 maja 1926 r.

Od Administracji

Prosimy o wpłacenie załączonym czekiem P. K. O. prenumeraty na kw. III-ci b. r.
Prenumerata wynosi 14 zł.